



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri

Presidente:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Vogais:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Professora Doutora Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Constança Marta Coelho Varela

2019

Agradecimentos

A todos aqueles que permitiram que a minha participação enquanto psicomotricista, neste estágio, acontecesse um obrigado muito especial.

Dirijo, por isso, os primeiros agradecimentos a todo o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência e em especial à Doutora (Dr.^a) Georgina Maia pela possibilidade de formação que oferece bem como pelo carinho e valorização que dá à área da Psicomotricidade.

Posteriormente, deixo aqui o meu profundo agradecimento ao Professor Doutor (Dr.) Rui Martins por toda a orientação, apoio, partilha de saber, pela disponibilidade incansável para reuniões semanais que por vezes ultrapassavam o tempo pretendido e por todas as dúvidas e inseguranças que surgiam e sobre as quais o Professor teve sempre um papel tranquilizador e de segurança.

Não menos importante, gostaria de agradecer à minha orientadora local, Dr.^a Lúcia Martins pela pessoa e profissional extraordinária que é. O meu mais sincero obrigado por todo o apoio, partilha, reflexão e crítica construtiva que me permitiu crescer e conhecer-me melhor como profissional. Agradeço também pela confiança que demonstrou no meu trabalho, permitindo-me participar nos seus processos de intervenção e ainda de me possibilitar todos os casos que acompanhei.

Não poderia deixar de agradecer à Dr.^a Giulia pelo companheirismo e confiança no meu trabalho de forma a ingressar na aventura de criação de um grupo terapêutico para adolescentes, que sem ela não seria possível. A cumplicidade e complementaridade foram dois dos fatores essenciais para que o grupo acontecesse.

Ainda, deixo um agradecimento a toda a equipa do SPSMIA que tive oportunidade de conhecer e de trabalhar, a todos os médicos, psicólogos, à assistente social, à Enfermeira pela sua energia contagiante, à Dr.^a Rita e à Dr.^a Inês por todas as experiências partilhadas. Todos fizeram parte deste percurso e permitiram criar um ambiente familiar, de equipa e de interajuda.

Por fim, mas não menos importante quero deixar o mais sincero obrigado à minha família e em especial à Carolina por toda a paciência e apoio ao longo de todo este processo.

Resumo

O presente trabalho descreve as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante decorrido no ano letivo 2017/2018, realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. As atividades de estágio desenvolvidas tiveram lugar no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier. No decorrer do estágio foram acompanhadas um total 10 crianças (contexto de intervenção individual) e três adolescentes (grupo terapêutico), tendo em consideração os contextos sociais nos quais estes se inseriam. Verificou-se uma predominância do género masculino, tendo sido acompanhados 10 rapazes e três raparigas, com idades compreendidas entre os quatro e os 15 anos.

O relatório apresenta um enquadramento teórico, legal e institucional atual, a apresentação dos diversos casos acompanhados e, ainda um estudo de caso, como modelo exemplificativo do trabalho desenvolvido. O estudo de caso, com descrição do processo terapêutico de forma mais exaustiva, é uma criança do género masculino com 10 anos, diagnosticado com PEA Ligeira e PHDA de expressão desatenta. Após a intervenção realizada é de destacar evoluções, nos âmbitos psicomotor, emocional e cognitivo. Assim é pretendido salientar a importância e contributo da intervenção psicomotora na saúde mental da infância e adolescência.

Palavras chave: Pedopsiquiatria, Saúde Mental, Intervenção Psicomotora, Psicomotricidade, Estudo de Caso, Grupo terapêutico, Perturbações Psiquiátricas, Perturbações do Desenvolvimento.

Abstract

The present work has the purpose of describe the activities developed in the professional training course occurred in the 2017/2018 academic year, carried out within the scope of the Master in Psychomotor Rehabilitation of the Faculty of Human Kinetics. The internship activities took place in the Psychiatric and Mental Health Service of Children and Adolescents of the Hospital São Francisco Xavier. During the internship were followed a total of 10 children (individual intervention context) and three adolescents (therapeutic group), taking the best attention to social environments in which they were inserted. A prevalence of the male gender was observed, with 10 boys and three girls, aged between four and 15 years old.

The report presents a current theoretical, legal and institutional framework, a presentation of the several cases followed and, also a case report, as an example model of the work developed. The case report, with a more exhaustive description of the therapeutic process, is a male with 10 years old, diagnosed with light ASD and inattentive ADHD. After the intervention, were observed evolutions at psychomotor, emotional and cognitive expressions and, in this way, we are looking for the importance and contribution of psychomotor intervention in mental health.

Keywords: Pedopsychiatric, Mental Health, Psychomotor Therapy, Psychomotricity, Case Report, Therapeutic Group, Psychiatric Disorders, Developmental Disorders.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas	vi
Índice de Figuras	vii
Introdução	9
I Enquadramento da Prática Profissional	11
I.1 Enquadramento Institucional Formal	11
I.1.1 Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	11
I.1.2 Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	12
I.1.3 A intervenção Psicomotora no SPSMIA	14
I.2 Enquadramento Teórico	15
I.2.1 Enquadramento legal em Portugal	16
I.2.2 Psiquiatria e saúde mental em Portugal	18
I.2.3 Psiquiatria e saúde mental na infância e adolescência	20
I.2.4 A intervenção psicomotora na saúde mental infantil e juvenil	23
I.2.5 Importância de equipas multidisciplinares	29
I.2.6 Perturbações psiquiátricas e do desenvolvimento	30
II Realização da Prática Profissional	45
II.1 Organização das atividades de estágio	45
II.1.1 Descrição e organização das etapas realizadas	45
II.1.2 Horário semanal das atividades de estágio	47
II.1.3 Caracterização dos contextos de intervenção	49
II.1.4 População atendida	51
II.1.5 Descrição do processo de intervenção	53
II.2 Atividades complementares	65
II.2.1 Reuniões semanais do núcleo de estágio	66
II.2.2 Jornadas Pedopsiquiatria do CHLC	67

II.2.3	I Reunião temática acerca da violência ao longo do ciclo de vida – Encontro da UCF_	69
II.2.4	Ciclo de conferências: "Olhares sobre a infância: Procuro alguém louco por mim" ____	70
II.2.5	Seminário - <i>Cyberstorm</i> "o outro lado da internet" _____	71
II.2.6	Observação de Consultas de Pedopsiquiatria _____	73
II.2.7	Poster para o encontro nacional de psiquiatria _____	74
II.2.8	Seminário CPCJ Amadora - "A criança e o seu direito a ser amada" _____	74
II.2.9	Poster para a semana da Reabilitação Psicomotora _____	76
II.2.10	Conferência Saúde Mental e Qualidade de vida _____	76
II.2.11	Apresentação à equipa do SPSMIA – Intervenção Grupo de Adolescentes _____	77
II.3	Estudo de caso _____	78
II.3.1	Breve apresentação do estudo de caso _____	78
II.3.2	História Progressa _____	79
II.3.3	Apresentação e discussão dos resultados da avaliação inicial _____	82
II.3.4	Perfil intraindividual _____	87
II.3.5	Plano de intervenção _____	89
II.3.6	Apresentação e discussão dos resultados da avaliação final _____	92
II.3.7	Hipóteses explicativas _____	97
II.3.8	Conclusões dos resultados obtidos _____	99
	Conclusão _____	101
	Referências bibliográficas _____	102
	Anexos _____	106
	Índice de tabelas _____	106
	Índice de figuras _____	106
	Anexo A _____	108
	Anexo B _____	109
	Anexo C _____	120
	Anexo D _____	126
	Anexo E _____	131

Anexo F _____	139
Anexo G _____	153
Anexo H _____	160
Anexo I _____	168
Anexo J _____	171
Anexo K _____	175
Anexo L _____	189
Anexo M _____	209
Anexo N _____	230
Anexo O _____	231
Anexo P _____	232
Anexo Q _____	247
Anexo R _____	292
Anexo S _____	300

Índice de Tabelas

Tabela 1: Horário de organização semanal do estágio no SPSMIA. _____	48
Tabela 2: Resumo da população atendida em intervenção de caráter individual. ____	51
Tabela 3: Resumo da população atendida em intervenção de em grupo. _____	52
Tabela 4: Registo de presenças relativos aos casos de acompanhamento individual. __	52
Tabela 5: Registo de presenças relativos aos casos de acompanhamento em grupo. _	52
Tabela 6: Resumo da distribuição dos instrumentos de avaliação aplicados a cada caso acompanhado. _____	54
Tabela 7: Resultados da avaliação inicial e final, respetivas ao caso A., através da BASC de Reynolds e Kamphaus (1992). _____	58
Tabela 8: Resultados da avaliação com distribuição dos instrumentos aplicados aos respetivos casos acompanhados. _____	59
Tabela 9: Resultados da aplicação da escala "Para mim é fácil" no grupo terapêutico de adolescentes. _____	63
Tabela 10: Perfil intraindividual, mediante a avaliação inicial – Estudo de Caso L. ____	88

Tabela 11: Objetivos de intervenção do domínio psicomotor - Estudo de Caso L. _____	89
Tabela 12: Objetivos de intervenção do domínio socioemocional - Estudo de Caso L. _	90
Tabela 13: Objetivos de intervenção do domínio cognitivo - Estudo de Caso L. _____	90
Tabela 14: Resultados comparativos da avaliação inicial e final – Estudo de Caso L. __	99

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma de encaminhamento pelo médico assistente para o SPSMIA (CHLO, s.d.c). _____	14
Figura 2: Dia tipo do L. com discriminação horária, atividade desenvolvida e acompanhamento. _____	79
Figura 3: Genograma - Estudo de Caso L. _____	80
Figura 4: Gráfico resumo da avaliação inicial da BPM – Estudo de Caso L. _____	84
Figura 5: Resultados da avaliação inicial do DAP, desenhos do Homem, Mulher e Próprio, respetivamente – Estudo de Caso L. _____	86
Figura 6: Resultado da avaliação inicial do DRHP – Estudo de Caso L. _____	87
Figura 7: Gráfico resumo da avaliação final da BPM – Estudo de Caso L. _____	94
Figura 8: Resultados da avaliação fina do DAP, desenhos do Homem, Mulher e Próprio, respetivamente – Estudo de Caso L. _____	95
Figura 9: Resultado da avaliação final do DRHP – Estudo de Caso L. _____	96

Lista de Abreviaturas

APPIA – Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

BASC – Behaviour Assessment Scale for Children

BPM – Bateria Psicomotora

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DAP – Draw a Person Test

Dr./Dr.^a – Doutor/Doutora

DRHP – Teste de Diagnóstico e Reeducação dos Problemas de Escrita

DSM–V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V*

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

ICD10 – International Statistical Classification of Diseases– 10

Nº – número

NCOP – Perturbação do Controlo dos Impulsos Não Classificada em Outra Parte

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

RCMAS – Revised Children's Manifest Anxiety Scale

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSMIA – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

VMI – Teste do Desenvolvimento da Integração Visuo-Motora

Introdução

O presente relatório visa a obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora, tendo como título “Intervenção Psicomotora no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier”. Este trabalho pretende descrever as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante decorrido no ano letivo 2017/2018, realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

A atividade de estágio teve como objetivos gerais: promover o domínio das competências aprofundadas no campo de ação da reabilitação psicomotora; desenvolver as competências de gestão, planeamento e coordenação quer de serviços quer de programas de intervenção; aumentar a capacidade de conferir uma colaboração inovadora, aplicando novos conhecimentos ou práticas. Como objetivos específicos, são destacados a possibilidade de aprendizagem e prática profissional que constituem ferramentas de ingresso no mercado de trabalho, bem como a promoção de competências nos domínios psicomotor, da relação com outros profissionais (equipas multidisciplinares) e de relação com a comunidade.

O estágio realizou-se no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital São Francisco Xavier, que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde mental, em regime de ambulatório, a indivíduos em idade pediátrica. A intervenção da estagiária, como psicomotricista, contou com o acompanhamento direto de 10 crianças e adolescentes entre os quatro e os 15 anos.

O presente trabalho encontra-se organizado por dois grandes capítulos, nomeadamente: enquadramento da prática profissional e realização da prática profissional. No primeiro capítulo mencionado é possível encontrar um enquadramento institucional formal mais direcionado à entidade e serviço onde decorreu o estágio e, seguidamente um outro subcapítulo de enquadramento teórico onde é possível encontrar questões legislativas associadas à prática profissional em questão e, ainda, informação teórica sobre as problemáticas acompanhadas.

Posteriormente, no capítulo da realização da prática profissional encontram-se desenvolvidos aspetos relacionados com a organização das atividades de estágio, a descrição e opinião de atividades complementares realizadas e ainda a descrição mais pormenorizada de um caso clínico, i.e., apresentação de um estudo de caso.

I Enquadramento da Prática Profissional

I.1 Enquadramento Institucional Formal

O presente capítulo pretende dar a conhecer a organização e estrutura da instituição onde se realizou a atividade de estágio. Assim, é possível encontrar informações relativas ao Hospital São Francisco Xavier, seguidas de uma abordagem ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA) e, ainda, sobre a atuação da Psicomotricidade neste serviço.

Neste documento, encontra-se um pouco da história e a missão do Hospital São Francisco Xavier e a sua inclusão no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), bem como os princípios, os valores e os objetivos estratégicos que orientam a forma de atuação do mesmo.

Posteriormente, conseguimos ter conhecimento da história e missão do SPSMIA, percebendo a constituição da sua equipa multidisciplinar. Sendo possível conhecer os principais motivos de encaminhamento para este serviço, bem como compreender o próprio processo de encaminhamento.

Por fim, é oferecida uma visão geral da atuação da Psicomotricista neste serviço, percebendo o número de casos acompanhados no decorrer do ano letivo 2017/2018. Também aqui, é esclarecida a periodicidade e tipologia de intervenção psicomotora no presente serviço, compreendendo, assim, o papel da Psicomotricista dentro de uma equipa multidisciplinar.

I.1.1 Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O Hospital São Francisco Xavier foi inaugurado pelo Ministério da Saúde em abril de 1987, com o objetivo de prestar assistência médica e hospitalar, abrangendo a área ocidental de Lisboa (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. [CHLO], s.d.a). Mais tarde, em dezembro de 2005 foi criado o CHLO, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), no qual foi incluído o Hospital São Francisco Xavier em conjunto com o Hospital Egas Moniz e o Hospital Santa Cruz, dispondo de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados (CHLO, s.d.a).

Em particular, o CHLO tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, exercendo a aplicação da política de saúde a nível nacional

e regional, bem como os planos estratégicos e as decisões superiormente aprovadas (CHLO, s.d.a).

O CHLO rege-se segundo os seguintes princípios e valores: prestar serviços de forma humana e não discriminatória; respeitar a dignidade do doente, na sua individualidade; promover a saúde da comunidade; atualizar os serviços face aos avanços da investigação e da ciência; promover a excelência técnico-profissional; respeitar a ética profissional; fomentar a multidisciplinaridade; e, respeitar o ambiente (CHLO, s.d.a).

Ainda, na sua atividade o CHLO é orientado pelos seguintes objetivos estratégicos: prestar cuidados de saúde de forma humana e com qualidade; aumentar a eficiência e eficácia, gerindo as componentes económicas e financeiras; desenvolver áreas de diferenciação e de referência na prestação dos cuidados de saúde; implementar projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, que possibilitem minimizar o impacto da hospitalização; e, promover os processos de investigação e de formação profissional (CHLO, s.d.a).

O Decreto-Lei (número) nº 18/2017, de 10 de fevereiro, apresenta a regulamentação do regime jurídico e os estatutos destinados às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a natureza de E.P.E. (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. [CHLO], s.d. b).

Dentro do CHLO, o Hospital São Francisco Xavier é classificado um Hospital Geral, onde estão sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes (CHLO, s.d.a). Neste Hospital, podemos encontrar um serviço de pedopsiquiatria, designado como SPSMIA, no qual se verificou a realização do presente estágio curricular e que será apresentado de seguida.

I.1.2 Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

Uma das valências do Hospital São Francisco Xavier é o SPSMIA, que presta cuidados de saúde mental desde maio de 1999, englobando a prevenção, o tratamento e a reabilitação (Maia, 2011). Nesse mesmo ano, a publicação do Decreto-Lei 35/99, de 5 fevereiro, veio permitir o acesso das crianças a estes serviços e unidades (Goldschmidt, Marques, & Xavier, 2018).

Este serviço realiza o atendimento aos utentes com idades compreendidas entre os zero e os 17 anos, inclusive, residentes nos Concelhos de Oeiras e Cascais e em quatro Freguesias de Lisboa (Maia, 2011). O SPSMIA é, em 2005, considerado como um dos únicos, em Portugal, a ser autónomo e de funcionamento bem definido pelo Decreto-Lei 35/99 e Decreto-Lei 188/03, estando integrados nos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

O SPSMIA, do Hospital São Francisco Xavier, é constituído por uma equipa com os seguintes profissionais: quatro Médicos Psiquiatras da Infância e da Adolescência, incluindo a Diretora de Serviço, seis Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil, duas Psicólogas Clínicas, uma Psicomotricista, uma Assistente Social, uma Assistente Técnica e uma Assistente Operacional (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. [CHLO], s.d. c). Desta forma, vai ao encontro do princípio do CHLO de promoção da multidisciplinariedade, anteriormente referido.

Todos os profissionais que constituem a equipa são considerados extremamente importantes para a realização do trabalho pretendido, construindo para cada caso clínico a melhor resposta dentro da especificidade de cada área. Sendo uma equipa, existe a preocupação de articulação entre as mais diferentes áreas que constituem este serviço (Maia, 2011).

Anualmente, recebe cerca de 550 pedidos de consulta que são referenciados por diversas entidades, como: o médico assistente (Figura 1), o Tribunal, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Casa Pia de Lisboa e os Centros de Acolhimento de Emergência. Os principais motivos de encaminhamento são: as alterações do comportamento, os sintomas depressivos/ansiosos e as dificuldades de aprendizagem. No SPSMIA é verificada uma maior prevalência na faixa etária dos seis aos 12 anos e os rapazes constituem dois terços dos pedidos, anulando-se esta diferença após os 15 anos (Maia, 2011).

O encaminhamento para o SPSMIA, realizado pelo médico assistente, passa inicialmente por uma triagem no serviço a partir da qual é definido se existe ou não indicação para uma consulta em Pedopsiquiatria. Caso não se justifique o acompanhamento, nesta especialidade, o utente é reencaminhado para o médico assistente. Na eventualidade de ser verificada alguma indicação para a consulta na especialidade, então é realizada uma primeira consulta onde se averigua a necessidade de tratamento. Caso não haja necessidade de tratamento o utente é encaminhado para o

médico assistente, contrariamente, se for verificada a necessidade de tratamento o utente é encaminhado para um pedopsiquiatra e/ou para outra valência terapêutica que possa ser benéfica. O trabalho realizado em rede possibilita a articulação não só entre técnicos mas entre a própria comunidade (CHLO, s.d. c). Este processo é observável através da Figura 1, que se segue:

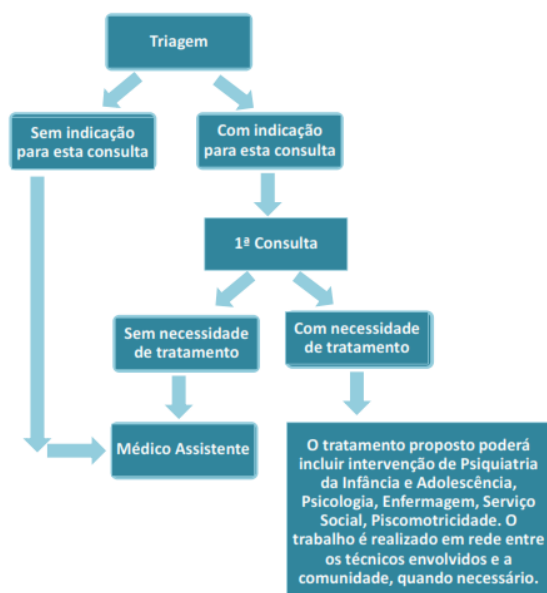


Figura 1 - Organograma de encaminhamento pelo médico assistente para o SPSMIA (CHLO, s.d.c).

Qualquer caso que seja encaminhado para o SPSMIA, pode ser encaminhado para diversas especialidades, consoante a necessidade, nomeadamente para a especialidade de Psicomotricidade que será brevemente apresentada de seguida.

I.1.3 A intervenção Psicomotora no SPSMIA

Existe no SPSMIA, do Hospital São Francisco Xavier, uma Psicomotricista que acompanha na totalidade 36 crianças e adolescentes (dados recolhidos no ano letivo de 2017/2018), a sua maioria tem um acompanhamento semanal. No entanto, existem 14 casos que tem um acompanhamento quinzenal e apenas dois com um acompanhamento mensal.

Como é possível observar, o acompanhamento semanal é o mais praticado na intervenção psicomotora, pois a periodicidade da sessão é muito importante na criação e manutenção de uma relação terapêutica de confiança. A opção de realização de um acompanhamento mais distanciado pode acontecer por diversas razões, no entanto, os acompanhamentos mensais acontecem, por norma, em casos onde se justifica um período de vigilância prévio à alta.

Todos os casos que são encaminhados para a intervenção psicomotora por outros profissionais do serviço, são primeiramente discutidos em reunião, com todos os profissionais. Atualmente, apenas existe intervenção de carácter individual que tem lugar na sala polivalente do SPSMIA. Já existiu um grupo terapêutico para crianças, no entanto, por questões organizacionais e de coordenação técnica já não se realiza.

É pertinente salientar que a Psicomotricista presente no serviço, para além da realização de sessões de carácter individual, participa em todas as reuniões realizadas no serviço, podendo complementar a discussão dos casos partindo de uma visão global e integrada. De igual forma, participa em intervenções conjuntas com outros profissionais da equipa, quando assim se justifica, e.g. reuniões com os pais ou com a escola para discussão e elaboração de um plano ou estratégias de atuação, nos diversos contextos, para determinada criança ou adolescente.

Ainda, tem atuação nas famílias dos casos que acompanha, tendo um contacto regular e de aconselhamento/orientação. Num período de menor fluxo de consultas, i.e., no período de férias escolares de verão, a Psicomotricista realiza sessões de avaliação de casos que não são acompanhados em Psicomotricidade de forma a possibilitar a realização de alguns despistes ou de fundamentar o encaminhamento para esta área.

I.2 Enquadramento Teórico

Infelizmente, nos dias de hoje, a saúde mental não tem a atenção que deveria ter. É importante reter que tanto a saúde mental como a física e a social são áreas que se encontram estritamente interligadas e interdependentes. Apenas quando começamos a estudar e perceber melhor esta relação é que compreendemos a real importância que a saúde mental tem no bem-estar dos indivíduos e consequentemente nas suas comunidades e países (World Health Organization, 2002).

De forma a destacar a importância da saúde mental a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) inclui esta na definição de saúde referindo que é um estado pelo de bem-estar em três vertentes, a mental, a física e a social. Sendo que, em casos onde saúde se encontra comprometida, os problemas associados à saúde mental manifestam-se através de uma combinação de pensamentos, emoções, ações e nas formas de relação com os outros que se verificam, sistematicamente, pouco adequados (World Health Organization, 2002).

Em termos gerais, é importante reter que os problemas de saúde mental e do comportamento devem-se principalmente à interação que existe entre diversos fatores, nomeadamente: biológicos, psicológicos e sociais (World Health Organization, 2002).

Desta forma, será mais fácil compreender criticamente os temas que serão apresentados de seguida, nomeadamente: o enquadramento legal em Portugal, a psiquiatria e saúde mental em Portugal, a psiquiatria e a saúde mental na infância e na adolescência, a Intervenção Psicomotora na saúde mental infantil e juvenil, a importância de equipas multidisciplinares e por fim, as perturbações psiquiátricas e do desenvolvimento.

I.2.1 Enquadramento legal em Portugal

Em Portugal, foi aprovada a lei de saúde mental a 3 de abril de 1963 (Presidência da República, 1963), na sequência da qual foram estabelecidos centros de saúde mental e de saúde mental infantil e juvenil, nos mais diversos distritos, ao abrigo do Decreto-Lei nº46/102, de 28 de Dezembro de 1964 (Ministério da Saúde, 1999).

No entanto, a partir da década de 70 com a nova realidade de integração progressiva dos cuidados de saúde mental no sistema de saúde geral surgiu o Decreto-Lei nº 127/92, de 3 de julho, que determinou a extinção dos centros de saúde mental, transferindo as suas funções para hospitais gerais, centrais, distritais e pediátricos (Ministério da Saúde, 1999).

Desta forma, tendo por base as recomendações da Organização das Nações Unidas e da OMS em relação à prestação de cuidados, tornou-se prioritário a integração destes ao nível da comunidade. Assim, a intervenção a nível psicossocial, mais concretamente, passava a ter lugar em centros de dia e estruturas residenciais apropriadas ao grau de autonomia do utente (Ministério da Saúde, 1999).

Consequentemente, estes ideais foram consagrados na lei de saúde mental de 24 de julho de 1998 (Lei nº 36/98) que vem estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regulamenta situações de internamento compulsivo (Assembleia da República, 1998). Na presente lei, encontra-se explícito que a preservação da saúde mental deverá acontecer por meio de medidas que ajudem a garantir ou repor o equilíbrio psíquico dos indivíduos, de forma a promover o desenvolvimento da personalidade destes e a sua integração equilibrada no meio social envolvente (Assembleia da República, 1998).

São estabelecidos pela Lei nº 36/98 (Assembleia da República, 1998) como princípios gerais as seguintes condições: a priorização de prestação dos cuidados ao nível comunitário, de forma a auxiliar a reabilitação e inserção social; a prestação dos cuidados em meios menos restritivos (Ministério da Saúde, 2009); as situações de internamento tenham aplicação preferencial em hospitais gerais; os processos de reabilitação psicossocial devem ser, preferencialmente em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau de autonomia dos mesmos (Assembleia da República, 1998; Ministério da Saúde, 2010a).

A prestação dos cuidados de saúde mental, anteriormente referidos, devem ser assegurados por equipas multidisciplinares devidamente habilitadas para o efeito, trabalhando de forma coordenada. Cujos profissionais poderão ser das seguintes áreas: medicina, psicologia, sociais, enfermagem e de reabilitação (Assembleia da República, 1998; Ministério da Saúde, 2010a).

É importante referir alguns dos direitos reconhecidos aos utentes dos serviços de saúde mental, nomeadamente: o direito de ser adequadamente informado dos seus direitos e do plano terapêutico proposto e os seus resultados esperados; ser respeitada a sua individualidade e dignidade; salvo em casos de internamento compulsivo e de urgência consideradas de risco, o utente decide se quer receber as intervenções propostas; ter o poder de decisão de participação em investigações, atividade formativas ou ensaios clínicos; e, por fim, ter acesso a apoio em situações de aplicação do direito à reclamação e queixa (Assembleia da República, 1998).

Os direitos referidos que se encontram relacionados com decisões são praticados pelos representantes legais quando o utente é menor de 14 anos ou não se encontra em condição de saúde capaz de avaliar o consentimento (Assembleia da República, 1998).

Tendo por base o cumprimento dos direitos previstos no artigo 1º da Convenção das Nações Unidas relativo aos Direitos das Crianças, o Despacho nº 9871/2010 vem decretar a homogeneização do intervalo de idade atendido nos serviços destinados a crianças e adolescentes, em Portugal. Assim, visa melhorar a acessibilidade aos cuidados pediátricos do SNS até aos 18 anos de idade, tendo sempre em atenção as mais diversas necessidades e especificidades ao longo do crescimento. Desta forma, é implementado o alargamento do atendimento nos serviços pediátricos, de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias (Ministério da Saúde, 2010b). Assim, também os serviços de saúde mental da infância e da

adolescência atendem a população dos zero aos 18 anos de idade (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

1.2.2 Psiquiatria e saúde mental em Portugal

Segundo Goldschmidt et al. (2018) atualmente as perturbações psiquiátricas e problemas de saúde mental constituem o principal problema ao nível da saúde pública na Europa, sendo um dos principais em todo o mundo, em qualquer grupo etário.

Em Portugal, embora os dados que existem não sejam vastos, estes indicam que a existência de problemas de saúde mental na população portuguesa não é muito diferente da prevalência existente nos restantes países europeus, que se caracterizam semelhantes. No entanto, em Portugal, grupos considerados mais vulneráveis como os indivíduos de baixas condições económicas, as mulheres e os idosos, aparentam ter um risco mais elevado que nos restantes países (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

O estudo realizado ao sistema de saúde mental, pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008), permitiu perceber que Portugal tem vindo a evoluir positivamente, em alguns aspetos, nos últimos dez anos. Portugal começa este percurso com o facto de ser um dos pioneiros na criação e adoção da lei de saúde mental, em 1963. Posteriormente, aplica a descentralização dos serviços melhorando assim a acessibilidade e qualidade prestada, existindo igualmente uma articulação mais eficaz não só com os centros de saúde como também com os serviços da comunidade. Ainda, é salientado como aspeto positivo o desenvolvimento de programas e organizações de reabilitação psicossocial a partir do final dos anos 90 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

No entanto, há aspetos que aparentam não ter tido tanta melhoria, tais como o planeamento e apoios consistentes aos serviços de saúde mental, o que tem provocado um atraso significativo em relação aos restantes países europeus. Ficando igualmente destacado pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental que em termos gerais, apesar das evoluções já verificadas, os serviços de saúde mental apresentam grandes problemas ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados prestados (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Atualmente, apenas uma pequena percentagem dos indivíduos com problemas de saúde mental tem acesso aos serviços especializados, a nível público. O serviço de internamento parece continuar a possuir a maioria dos recursos, quando cientificamente

já se encontra provado que as intervenções a nível comunitário são mais efetivas e preferenciais pelos utentes. Ainda, se for tido em conta o impacto dos problemas de saúde mental na vida dos utentes, os recursos atribuídos a estes serviços são claramente baixos (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Existem igualmente outros aspetos que requerem especial atenção, tais como a baixa participação dos utentes e dos seus familiares nas intervenções propostas, a fraca produção a nível científico nesta área da saúde, a falta de respostas para os grupos mais vulneráveis e a quase inexistência de programas ao nível da promoção/prevenção (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

É importante ter presentes alguns dos dados disponibilizados pelo Programa Nacional para a Saúde Mental, onde se confirma que os registos de utentes com perturbações do foro psiquiátrico nos cuidados de saúde primários têm vindo a verificar um aumento desde 2011, nomeadamente no que respeita às perturbações de ansiedade e depressão. Embora este facto, também é apurado de uma forma geral, a nível hospitalar, uma diminuição ligeira no que respeita a internamentos. Esta diminuição poderá ser explicada pela redução do acesso aos serviços especializados ou, por outro lado, pelo trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelas equipas locais, a nível comunitário (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Nas sociedades atuais, as perturbações do foro psiquiátrico e os problemas de saúde mental constituem a principal causa de incapacidade e uma das primeiras causas de falecimento e morte prematura (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Perante estes dados, o Ministério da Saúde decidiu o prolongamento do Plano Nacional de Saúde Mental, que estaria em vigor até 2017, para 2020 de forma a viabilizar a implementação das mudanças propostas. Assim, o Plano Nacional de Saúde Mental visa garantir o acesso aos serviços competentes de promoção da saúde mental a toda a população, prestando assim cuidados especializados que facilitam a reintegração e recuperação dos indivíduos que destes necessitam (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Este programa, afirma ter como missão o desenvolvimento de planos e sugestões que visam (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017):

- a) Garantir o acesso dos serviços especializados a todas as pessoas que deles necessitam (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017);

- b) Promover e defender os direitos humanos dos indivíduos com problemas do foro mental (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017);
- c) Diminuir o impacto que os problemas de saúde mental podem ter nas mais diversas populações (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017);
- d) Descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo assim a possibilidade de prestação dos cuidados mais próximos das pessoas, i.e. na comunidade (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017);
- e) Diminuir a institucionalização através da promoção, no sistema geral de saúde, da integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários, nos hospitais gerais e nos cuidados continuados (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Ainda, é importante salientar que, para 2020, foram estabelecidas algumas metas importantes, tais como: inverter a tendência da prescrição de benzodiazepinas, através da sua estabilização; ampliar em 30% a quantidade de ações no que respeita a programas de promoção da saúde mental e preventivas das perturbações mentais; aumentar na ordem dos 30% o registo das perturbações mentais ao nível dos cuidados de saúde primários; por fim, promover o apoio na criação de lugares para adultos (1500), crianças e adolescentes (500) em cuidados integrados de saúde mental (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Assim, em termos gerais, é importante salientar que, em Portugal, urge o desenvolvimento dos serviços e programas que deem respostas com qualidade e que vão ao encontro das necessidades da infância e da adolescência, nomeadamente na promoção da saúde mental desta população e da melhoria da prestação dos cuidados (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

I.2.3 Psiquiatria e saúde mental na infância e adolescência

Por vezes, é esquecido que os problemas de saúde mental são universais, não sendo exclusivos à idade adulta, e apresentam um impacto significativo nos indivíduos, nas suas famílias e na comunidade onde estão inseridos (World Health Organization, 2002). Estes problemas são muito comuns nas fases da infância e da adolescência, podendo representar cerca de 10 a 20% desta população e podem evoluir para a idade adulta (Kieling et al., 2011; World Health Organization, 2002). Sendo, por isso, de extrema importância a existência de respostas a nível preventivo e terapêutico que reduzam futuros problemas de saúde mental na idade adulta e promovam maior bem-estar e capacidade produtiva dos indivíduos (Kieling et al., 2011).

Em termos gerais, os serviços de Pedopsiquiatria são equipas multidisciplinares que visam a avaliação e observação de crianças e adolescentes, percebendo se o desenvolvimento verificado se encontra em concordância com o contexto social, familiar e escolar (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.; Volkmar et al., 2014). Sendo que, sempre que se justifica existe uma intervenção que engloba a criança e todos os seus contextos (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2011) e Goldschmidt et al. (2018), a idade pré-escolar e escolar é um período do desenvolvimento muito importante ao nível do diagnóstico e da intervenção adequada às diversas situações e patologias que podem estar presentes, como por exemplo em casos de Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção, de Oposição e do foro ansioso. Também nesta fase, a coordenação com o ambiente escolar verifica-se elementar (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011; Goldschmidt et al., 2018).

Já na adolescência, verifica-se um aumento considerável da prevalência de problemáticas do foro da ansiedade, depressão e dos comportamentos de risco. Existindo igualmente uma maior prevalência ao nível das patologias de adição que, por sua vez, requerem especialidades de tratamento e avaliação distintas (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011; Goldschmidt et al., 2018).

Acrescentando, que no decorrer do desenvolvimento passando pela infância e pela adolescência, podem surgir situações patológicas mais graves que exigem uma intervenção dos serviços de Pedopsiquiatria, sendo que a identificação precoce destas situações é um fator muito importante para o prognóstico. Estas situações podem ser compreendidas num largo espetro, podendo ser desde Perturbações Bipolares a Perturbações Psicóticas. Ainda, as Perturbações do Comportamento Disruptivo são situações que requerem obrigatoriamente articulação pluridisciplinar, com a comunidade e com os serviços de justiça (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011; Goldschmidt et al., 2018).

Os serviços de Pedopsiquiatria, são dirigidos às crianças e adolescentes que apresentem sinais ou diagnósticos psicopatológicos, e.g. Perturbações Disruptivas do Comportamento, Perturbações da Ansiedade, Perturbações Psicossomáticas e do foro Psicoafectivo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

Tal como é possível observar, a intervenção aplicada a esta população tem de ter em conta diversos aspetos distintos. Lee, Fouras, Brown, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, & Committee on Quality Issues (2015) apresentam 11

princípios importantes na avaliação e intervenção realizada em programas de promoção do bem-estar infantil. Programas esses que podem estar relacionados com a intervenção em saúde mental infantil e juvenil, assim serão apresentados dez desses 11 princípios, pois um destes está diretamente relacionado com a prescrição de medicação e não se justifica para o tema abordado no presente relatório.

Assim, segundo Lee et al. (2015) temos os seguintes princípios de atuação:

1. O conhecimento dos processos de bem-estar e das fases pelas quais passam no desenvolvimento e as suas famílias podem interferir (Lee et al., 2015);
2. Os profissionais devem ser conhecedores dos valores e princípios pelos quais se devem gerir (Lee et al., 2015);
3. Os Técnicos devem estar informados relativamente à condição legal das crianças com quem intervêm, sabendo assim quem é o responsável por autorizar todos os processos de avaliação e intervenção (Lee et al., 2015);
4. Sempre que é realizado um encaminhamento o profissional deve informar-se devidamente sobre as circunstâncias, objetivos e as limitações, percebendo se o processo pode avançar (Lee et al., 2015);
5. Deverá existir uma articulação entre os profissionais responsáveis pela referenciação/encaminhamento e os profissionais que irão realizar a avaliação, de forma a obter o máximo de informação possível (Lee et al., 2015);
6. A família deverá estar sempre envolvida nos processos de avaliação e intervenção (Lee et al., 2015);
7. Os profissionais deverão ter conhecimento de algum tipo de condição especial associada à avaliação (Lee et al., 2015);
8. Deverá existir um cuidado especial dos profissionais de forma a manter registos completos e que correspondam à avaliação, mas que assegurem a confidencialidade (Lee et al., 2015);
9. Os profissionais devem ter o devido conhecimento teórico relativo à população com quem trabalham, percebendo as suas manifestações (Lee et al., 2015);
10. É importante que os profissionais conheçam as intervenções eficazes para determinadas populações, de forma a dar respostas adequadas (Lee et al., 2015).

Desta forma, um dos profissionais potencialmente integrante de uma equipa de Pedopsiquiatria é o Psicomotricista. Como tal, podemos conhecer de seguida a sua intervenção neste contexto.

I.2.4 A intervenção psicomotora na saúde mental infantil e juvenil

Na Circular Normativa para a organização dos serviços (Direcção-Geral da Saúde, 2005), respeitando o enquadramento legal, saliento a 2ª norma que respeita à criação de serviços de Pedopsiquiatria sempre que a área de influência seja igual ou superior a 250.000 habitantes.

Assim, para que estes serviços sejam considerados autónomos a nível técnico-administrativo, tal como já é considerado o SPSMIA, deve existir uma equipa multidisciplinar que integre profissionais de saúde, de educação, de serviço social e terapeutas, nomeadamente de Psicomotricidade (Direcção-Geral da Saúde, 2005). Sendo que, segundo as recomendações da Direcção Geral de Saúde os recursos humanos devem considerar um Técnico de Reabilitação/Educação Especial por cada 200.000 habitantes (Direcção-Geral da Saúde, 2005; Goldschmidt et al., 2018).

Embora a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, em 2008, afirme que as equipas de Saúde Mental permanecem com um número reduzido de outros profissionais não médicos, tais como os psicomotricistas.

É importante perceber que a Psicomotricidade é uma área que pretende estudar os diversos fenómenos psíquicos que se manifestam a partir do corpo, procurando avaliar e observar os sinais resultantes desta relação entre o psiquismo e a motricidade. O indivíduo é sempre observado como um todo, com as suas capacidades cognitivas, sociais, emocionais, psicolinguísticas e motoras, dentro do contexto no qual se integra (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011). Esta análise pretende igualmente compreender o corpo como resultado de uma unidade biopsicossocial e permite assim direccionar a intervenção para o investimento na consciência de si, através de vivências corporais que adquirem significado por meio da palavra, possibilitando dar expressão à sua personalidade (Martins, 2001; Maximiano, 2004; Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

Em termos gerais, sabemos que um psicomotricista poderá trabalhar em três vertentes distintas, sendo estas: a preventiva, a reeducativa e a terapêutica (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011, 2017; Maximiano, 2015). Especificamente em contexto pedopsiquiátrico é possível encontrar uma intervenção de vertentes preventivas ou terapêuticas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

O seu carácter preventivo prende-se com a estimulação das competências do desenvolvimento de forma a mantê-las, indo muito ao encontro de um enfoque mais instrumental, tal como a vertente reeducativa. Esta última, é aplicada quando o

desenvolvimento psicomotor e a aprendizagem estão comprometidos, assim é visada uma melhoria das capacidades de aprendizagem e de uma promoção do desenvolvimento psicomotor. Já, o âmbito terapêutico, é aplicado quando a capacidade de adaptação do indivíduo se encontra comprometida, por problemas psicoafectivos, do desenvolvimento psicomotor, do comportamento e da aprendizagem (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011, 2017; Maximiano, 2015). Neste caso verifica-se um misto entre o funcional e o relacional e onde é possibilitada a expressão da personalidade do indivíduo (Martins, 2001).

Assim, a terapia psicomotora é considerada uma terapia de intervenção com base na mediação corporal e expressiva, que atua nas vertentes anteriormente descritas e constitui uma área complementar, que é incluída em diversas abordagens psicoterapêuticas, considerando-se um complemento à intervenção em psiquiatria (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011; Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010) e pedopsiquiatria (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

Esta intervenção é indicada para indivíduos com fraca noção do corpo e sentimentos de desagrado associados ao mesmo, que apresentam dificuldades ao nível da comunicação e ação com o mundo exterior. Encontrando nesta intervenção uma oportunidade de agir, de experimentar e de investir em si, como meio de permitir uma maior afirmação de ação no ambiente externo (Martins, 2001). Afirmação essa promovida, muitas vezes, através da expressão de comportamentos considerados agressivos (e.g., raiva, violência e oposição) muito importantes e indispensáveis para o desenvolvimento da criança e para a construção e definição dos seus próprios limites. Por sua vez, esta definição de limites, permite o desenvolvimento da capacidade criativa, da espontaneidade e da capacidade de lidar com situações de frustração (Leite, Araújo, & Veiga, 2015).

A intervenção Psicomotora em ambas as faixas etárias envolvidas na Pedopsiquiatria, pode utilizar diversas metodologias, consoante os casos envolvidos. Nomeadamente, técnicas de consciência corporal e relaxação, técnicas do âmbito das terapias expressivas, atividades de recreação que tenham uma base lúdica e de consciencialização motora, sendo que todas estas técnicas encontram-se ligadas a uma parte simbólica e representativa (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011, 2017). Verifica-se um enfoque na qualidade relacional e na capacidade de mediatização, procurando um tónus eutónico, uma maior segurança ao nível do equilíbrio, um aumento

da estruturação somatognósica e uma melhor organização praxica do próprio (Fonseca, 2001).

Esta terapia tem por base um carácter lúdico a partir do qual o Psicomotricista, através dos mais diversos materiais e capacidade de decisão da criança, vai moldando e adaptando os comportamentos e formas de expressão da criança ou adolescente. Aproveitando desta forma a expressão livre e capacidade criativa. No decorrer da atividade, através do reforço positivo e, posteriormente, no final da mesma através da expressão verbal ou não verbal é importante a realização de uma reflexão como meio para a consciencialização do vivido. É ainda possível, partindo de uma atividade lúdica transformar os momentos de sessão em momentos de escuta interna, i.e., relaxação (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.; Raynaud et al., 2007).

Nos casos em que o acesso à atividade espontânea e o acesso ao simbólico apresentam dificuldades, o Psicomotricista recorre a uma intervenção de carácter mais diretivo, que permite a construção de uma base para que exista um melhor planeamento e representação da ação (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

O Psicomotricista poderá exercer a sua função ao nível de entidades do setor público ou privado (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017), podendo estar incluído desta forma em equipas multidisciplinares e contexto hospitalar, em regime de ambulatório, internamento e área de dia (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d., 2011). Especificamente, nos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, em conjunto com os outros profissionais, o psicomotricista pretende complementar a intervenção fornecendo ao indivíduo ferramentas que lhe permitam organizar-se em termos somatopsíquicos, influenciando positivamente a relação que este tem nos diferentes contextos (Maximiano, 2015). Por isso, na sua intervenção, é importante que o Psicomotricista complemente a sua ação abrangendo no processo a família, a escola, a comunidade e outros contextos nos quais o indivíduo possa estar inserido (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

Neste contexto, os domínios de atuação vão ao encontro da população atendida, nomeadamente ao nível do desenvolvimento psicomotor, da regulação tónica, do trabalho do esquema e da imagem corporal, da autorregulação, competências dos processos de atenção, na noção de autoimagem e autoestima, de expressão emocional e da comunicação, seja ela verbal ou não verbal (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.). Esta é uma intervenção que tendo sempre por base os fatores psicomotores, trabalha os domínios mencionados de forma a promover as capacidades necessárias a

uma adaptação saudável e equilibrada nos diversos contextos (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.; Probst et al., 2010).

Assim, no que respeita à população maioritariamente atendida em pedopsiquiatria, por parte do Psicomotricista, centra-se em crianças e adolescentes com problemas comportamentais. Estes problemas podem manifestar-se não só na relação consigo mesmo, mas também com os outros, podendo ainda expressar-se através de agitação ou por inibição. Também podem ser atendidos crianças ou jovens com sintomatologia somática ou com alterações ao nível do controlo e regulação esfinteriana (Maximiano, 2015).

Em crianças que, por exemplo, vivenciam com frequência situações consideradas ameaçadoras e que apresentam consequências ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional, podem apresentar consequências na saúde física e mental. Como efeito, estas crianças poderão ter de recorrer a respostas terapêuticas, que possibilitam uma resolução/ultrapassagem ativa dos medos (National Scientific Council on The Developing Child, 2010). Este tipo de problemáticas, muito comum em serviços pedopsiquiátricos podem ter uma resposta mais completa por parte da Psicomotricidade.

É de extrema importância perceber a indicação, pela problemática existente, de integração num determinado contexto de intervenção. Utilizando como critérios o problema existente e os objetivos de intervenção, estes vão condicionar se o indivíduo será integrado numa intervenção de carácter individual ou de grupo. Mesmo dentro destes contextos distintos é importante perceber se o indivíduo apresenta indicação para uma intervenção mais diretiva ou não e, se deverá ter um enfoque motor, cognitivo ou relacional (Martins, 2001). Uma vez que, na terapia psicomotora a individualização dos programas de intervenção é tão importante quanto sua implementação (Rivière, 2010).

1.2.4.1 Intervenção Individual

Quando pensamos na intervenção psicomotora e na criança que dela usufrui, precisamos de fazer uma associação entre o psiquismo e a expressão tónica, que quando associado a uma experiência pessoal de repressão poderá significar uma barreira à criatividade e à capacidade de expressão individual. Nesta situação a intervenção deverá oferecer um espaço terapêutico seguro, contentor e onde prevalece a capacidade de empatia, desta forma a criança terá a possibilidade de se expressar livremente os seus desejos (Martins, 2001), sendo privilegiada a relação a dois, entre o psicomotricista e a criança (Baranes, 2009).

Nesta perspetiva, a expressão psicomotora, o comportamento ou a aprendizagem que se encontram comprometidos são interpretados como sintomas ou sinais, que através da experiência numa brincadeira livre são expressos. Existindo espaço para resolver ativamente todos os condicionantes ou bloqueios anteriormente vividos (Martins, 2001).

As atividades lúdicas e de carácter simbólico realizadas com as crianças permitem que haja uma integração entre as competências motoras, mentais e emocionais para que se verifique uma expressão adequada do corpo. Quando a criança interpreta uma personagem, no momento da brincadeira, está a rechamar experiências vividas e a exteriorizar a partir das próprias personagens. Assim, representa as suas emoções, os sentimentos e as ações que posteriormente, dentro do contexto de aceitação, os elabora (Martins, 2001).

Nestas dinâmicas, o trabalho é realizado com recurso a diversos materiais com diferentes potencialidades, os nossos corpos, a relação criada, o aproveitamento do espaço, do tempo que partilhamos e dos ritmos que vão sendo criados mutuamente. A intervenção psicomotora depende diretamente dos processos de identificação com o outro, existindo uma maior capacidade de comunicação não-verbal. Aqui, o psicomotricista é um suporte importante da comunicação e da capacidade simbólica que permite explorar as diversas atividades/experiências vividas. Esta relação, permite a criação de um ambiente emocional positivo que possibilita não só a vivência de situações de sucesso, como também as experiências de insucesso são melhor aceites (Martins, 2001), que no caso de uma intervenção individual este processo encontra-se facilitado.

1.2.4.2 Intervenção em Grupo

Já no que respeita à intervenção em grupo Valcarce (2009b) afirma existirem cinco fases distintas na formação do mesmo, neste caso em particular, se encontram ligadas à experiência vivida no psicodrama. No entanto, como é possível observar de seguida, existem aspetos que podemos considerar comuns a qualquer processo de criação de um grupo terapêutico, seja ele direcionado para o psicodrama ou não.

Numa fase inicial, a promoção da coesão é muito importante de forma a criar um ambiente que pretenda dar resposta às necessidades de proteção, afeto e segurança. Para tal, devem ser promovidas atividades de carácter mais simbólico que permitam estabelecer uma rotina, pois desta forma são criados sentimentos positivos, vínculos, interesses comuns e um ambiente que será de todos. Ainda nesta primeira fase, é importante a prevalência da expressão verbal com atividades que promovam o

conhecimento entre os pares, o contacto, dramatizações sobre situações ou problemas que podem ser comuns (i.e., a nível social ou familiar) (Valcarce, 2009b).

Mais tarde, numa segunda fase, verifica-se o crescimento de uma interdependência e de situações de oposição justificando-se a dinamização de expressão emocional, agressiva e de competências (Valcarce, 2009b). Numa terceira fase, quando já é visível uma coesão grupal, são privilegiadas dinâmicas que recorrem à expressão espontânea. Desta forma, são verificadas evoluções positivas ao nível da noção de grupo e do conhecimento dando, assim, ênfase à interdependência entre eles (Valcarce, 2009b).

Seguidamente, numa quarta etapa, existe uma transformação do grupo num todo e onde são determinantes a criação de símbolos que representem o pensamento ou as ideias do grupo. Nesta fase é mais comum observarem-se mudanças de comportamento (Valcarce, 2009b). Por fim, numa quinta e última fase, com a existência de alguma maturidade são realizadas dinâmicas que interliguem tudo o que foi trabalhado e sejam tomadas decisões de carácter proactivo (Valcarce, 2009b).

A ação, o movimento e o jogo são situações onde existe um estímulo de reação do outro com quem estamos a jogar, entre esse estímulo e a reação do próprio há todo um processo simbólico que mantém o indivíduo numa relação constante entre o pensamento e a ação, mantendo desta forma um equilíbrio no próprio jogo entre a reação do outro e a resposta que será dada (Matos & Simões, 2001; Valcarce, 2009a).

A utilização de situações de jogo, segundo Valcarce (2009a) são um meio facilitador de uma aprendizagem vivida onde são conjugados os aspetos emocionais e cognitivos, provocando um impacto ao nível da aceitação de diferentes situações que estão associadas ou são vividas no próprio jogo, possibilitando desta forma maior espontaneidade e criatividade (Valcarce, 2009a). Esta dinâmica permite, através da criação de regras de participação, uma oportunidade dos seus participantes poderem vivenciar situações de relacionamento social e de identificação com o outro (Valcarce, 2009a), regras essas que têm uma função organizadora (Baranes, 2009; Matos & Simões, 2001).

Especificamente, ao nível da intervenção, em indivíduos com dificuldades na interação é importante ter por base três componentes, como: a comunicação verbal e não-verbal, a capacidade de resolução de problemas e a competência de assertividade. Incluído nestas componentes está o trabalho que deve ser desenvolvido no sentido da identificação de problemas e da escolha da resposta para o mesmo. Neste trabalho, existe

um reconhecimento dos problemas vividos no dia-a-dia e a capacidade de *transfer* dos comportamentos trabalhados em sessão para o contexto (Matos & Simões, 2001).

Especificamente, na fase da adolescência, as modificações ao nível comportamental, das emoções e da ocorrência de patologias associadas à saúde mental, apresentam um grande impacto a nível social e existe alguma dificuldade no tratamento. Desta forma, constituem uma grande preocupação para os serviços de saúde mental. No processo de desenvolvimento do indivíduo, concretamente nesta fase, verifica-se uma preocupação na relação que o sujeito cria com o corpo. Corpo esse que se caracteriza como meio distinto para a expressão simbólica dos conflitos vividos e das relações criadas (Urbano & Sanchez, 2015).

Como tal, nesta fase do desenvolvimento, a resposta terapêutica em grupo parece ser bastante adequada pois esta intervenção possibilita o trabalho de conflitos internos e externos dos elementos do próprio grupo, revelando-se um meio privilegiado para intervir em problemáticas relacionadas com a socialização (Moura, Oliveira, & Ribeiro, 2016), uma vez que nesta faixa etária a relação com os pares é primordial (Baranes, 2009). Desta forma, neste contexto, são igualmente promovidos sentimentos de autoconhecimento e autoconceito, a capacidade de reflexão sobre as relações sociais, as suas vivências diárias e, ainda, a descoberta de novas estratégias ao nível da autorregulação e resolução de problemas (Matos, 2005).

Assim, esta é uma resposta que possibilita aos hospitais aumentar a sua capacidade de resposta (Moura et al., 2016) e, ainda, construir uma forma de intervenção que é sentida como protetora e securizante (Baranes, 2009).

1.2.5 Importância de equipas multidisciplinares

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008), em praticamente todos os serviços, a forma de organização do trabalho mantém-se muito centrada na intervenção médica e de carácter intra-hospitalar.

Embora se tenha vindo a verificar um aumento da participação de profissionais não médicos (e.g., enfermeiros e terapeutas), este número ainda se encontra inferior ao considerado necessário para um funcionamento adequado dos serviços de saúde mental, comprometendo a sua qualidade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008; Goldschmidt et al., 2018). Tal como já foi mencionado anteriormente, o rácio recomendado para o caso da integração dos psicomotricistas nas equipas, este número tem vindo a ser redefinido para cada grupo profissional de forma a responder às

necessidades. Assim, verifica-se um aumento na necessidade de participação destes profissionais não médicos nas diversas equipas de saúde mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Entre 2011 e 2016, apurou-se um aumento dos profissionais não médicos nos serviços de psiquiatria em geral, no entanto estes profissionais muitas vezes dividem funções com outros serviços, como pediatria, e mantêm um horário reduzido que compromete a capacidade de resposta (Goldschmidt et al., 2018).

Nestas equipas, o Psicomotricista articula com outros profissionais de saúde, tais como: terapeutas, enfermeiros, médicos e psicólogos. Realiza a articulação com as escolas, apresentando, por isso mesmo, um benefício claro em trabalhar em equipas multidisciplinares (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.). Como tal, a articulação entre os diversos profissionais possibilita uma reposta psicoterapêutica diversa que diminui a utilização dos psicofármacos (Goldschmidt et al., 2018). Quando a resposta multimodal se encontra comprometida por todos os fatores apresentados observa-se um aumento na resposta farmacológica (Goldschmidt et al., 2018).

1.2.6 Perturbações psiquiátricas e do desenvolvimento

O presente subcapítulo tem como objetivo a apresentação dos diversos diagnósticos estabelecidos às crianças e adolescentes acompanhados no percurso do estágio desenvolvido. É importante salientar que os diagnósticos presentes e estabelecidos a cada caso são de inteira responsabilidade médica e que a informação privilegiada aqui vai ao encontro dos critérios mais utilizados pela própria equipa médica do SPSMIA, nomeadamente os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V* (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) e, por vezes os critérios de diagnóstico do International Statistical Classification of Diseases– 10 (ICD 10) (World Health Organization, 2016).

Desta forma, são sucintamente apresentados os seguintes diagnósticos: Perturbações Específicas da Aprendizagem, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação Espectro do Autismo, Inquietação e Medos, Perturbação de Adaptação, Perturbação do Controlo dos Impulsos Não Classificada em Outra Parte (NCOP), Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbações da Eliminação.

1.2.6.1 Perturbações Específicas da Aprendizagem

As Perturbações Específicas da Aprendizagem, caracterizam-se por dificuldades no processo de aprendizagem e de aplicação das competências académicas, de forma

adequada. Estas são perturbações de origem biológica, onde se verifica um comprometimento na forma como o cérebro recebe e processa a informação do exterior, por isso mesmo são classificados como persistentes (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

Estas dificuldades podem ser diversas, sendo que a presença persistente durante, no mínimo, seis meses de pelo menos uma delas, é indicador destas perturbações. Assim, é possível observarem-se dificuldades ao nível da leitura e da sua interpretação, dificuldades na ortografia, na expressão escrita, no sentido de número, no cálculo e, ainda, dificuldades ao nível do raciocínio matemático (American Psychiatric Association, 2013).

As áreas da aprendizagem que se encontram comprometidas, para que sejam classificadas dentro das Perturbações Específicas da Aprendizagem, devem encontrar-se substancialmente afetadas e abaixo do esperado para a idade. Estas dificuldades devem manifestar-se no decorrer da idade escolar, sendo importante considerar quando é que determinada competência não vai ao encontro da capacidade do indivíduo e repercute-se significativamente na funcionalidade do próprio (American Psychiatric Association, 2013).

Ao nível da cotação, para avaliação de uma Perturbação Específica da Aprendizagem esta não poderá ser melhor cotada quando estamos presentes de outra dificuldade ou perturbação que possa comprometer o funcionamento do indivíduo. Em todos os casos, a avaliação deve contar com as informações provenientes dos diversos contextos em que o indivíduo se insere e, ainda, é importante que sejam especificados os domínios e as competências em que ocorre o comprometimento (American Psychiatric Association, 2013; Torres & Fernández, 2001).

A gravidade ou a intensidade destas dificuldades é classificada consoante a quantidade de domínios de aprendizagem envolvidos e os apoios que precisam de ser prestados. No caso de apenas um ou dois domínios estarem comprometidos de forma ligeira e possam vir a ser compensados através de apoios, estamos perante um nível de intensidade ligeiro. Passando a ser classificado como moderado quando as dificuldades se encontram presentes em um ou mais domínios e o indivíduo não tem capacidade de ter sucesso sem que tenha apoio especializado a nível escolar e precisa de apoios que o permitam ser eficiente nas mais diversas atividades (American Psychiatric Association, 2013).

Nos casos mais graves, de intensidade severa, verificam-se dificuldades significativas nas competências académicas, e não é possível que ocorra o processo de

aprendizagem sem que exista um acompanhamento especializado e intensivo, de carácter individual. Em outras atividades, mesmo fora do ambiente escolar, são necessário apoios apropriados para o indivíduo e a sua eficiência na tarefa encontra-se comprometida (American Psychiatric Association, 2013).

Na idade pré-escolar, frequentemente, podem ser observados alguns sinais que quando se verificam persistentes, podem indicar a presença de Perturbações Específicas da Aprendizagem, tais como: dificuldades de manutenção da atenção, atrasos na linguagem ou no desenvolvimento motor. Mais tarde, podemos ter algumas manifestações ao nível do comportamento que são considerados sinais e que podem ir sofrendo alterações ao longo do crescimento, e.g., comportamentos de oposição e o nível de envolvimento em momentos de aprendizagem (American Psychiatric Association, 2013).

É, ainda, possível verificar diversas dificuldades distintas, que podem justificar a presença de uma Perturbação Específica da Aprendizagem, tais como dificuldades nos seguintes domínios: desenvolvimento percetivo-visual, percepção do esquema corporal, da coordenação e do desenvolvimento de processos psicolinguísticos (Torres & Fernández, 2001).

Sabemos que a prevalência destas problemáticas em idade pediátrica está entre os cinco e os 15%, em diversos países e culturas, e que o risco de ideação e tentativas de suicídio aumenta nesta população. Esta é uma problemática mais comum em indivíduos do género masculino (American Psychiatric Association, 2013).

Podemos, ainda, considerar como fatores de risco envolventes o baixo peso à nascença, a prematuridade e a exposição pré-natal à nicotina. Já como fator de risco genético verifica-se o historial na família de Perturbações Específicas de Aprendizagem que parece aumentar entre quatro a oito vezes a probabilidade no caso de dificuldades na leitura e, cinco a dez vezes no caso da matemática (American Psychiatric Association, 2013).

Ao nível do funcionamento do indivíduo, é possível perceber a existência de diversas dificuldades ao longo da vida, nomeadamente: uma fraca realização a nível académico, uma probabilidade superior de desistência do percurso escolar, menor frequência do ensino superior, maior probabilidade de comprometimentos ao nível da saúde mental, aumento de situações de desemprego ou de contratações desajustadas e maior probabilidade de baixos rendimentos. Devido a todos estes comprometimentos,

verifica-se de extrema importância a existência de um bom suporte social e emocional (American Psychiatric Association, 2013).

Ainda, será importante referir que as Perturbações Específicas da Aprendizagem apresentam bastante comorbilidade com Perturbações do Desenvolvimento, como é o caso das Perturbações de Hiperatividade e Déficit de Atenção, Perturbações do Espectro do Autismo e Perturbações de Coordenação Motora (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.1.1 Dislexia

Especificamente, nas dificuldades relacionadas com a leitura, é importante que exista uma maior especificação ao nível da fluência, da compreensão e da precisão. Nesta componente da aprendizagem, temos como perturbação específica da leitura a dislexia, podendo ser caracterizada por comprometimentos na precisão e fluência no reconhecimento das palavras, na sua descodificação e uma baixa capacidade ortográfica (e.g., erros de gramática e pontuação) (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016). Sendo uma das formas mais comuns nas Perturbações Específicas da Aprendizagem (American Psychiatric Association, 2013).

Na dislexia pode verificar-se comprometimentos tanto ao nível da leitura como da escrita, uma vez que as capacidades de distinção, de recordação de letras, de ordenação, de ritmo e de estruturação das frases se encontram comprometidas (Torres & Fernández, 2001). Aqui, a presença de dificuldades ao nível da ortografia, perturbações emocionais ou do comportamento são igualmente frequentes (World Health Organization, 2016)

1.2.6.1.2 Disortografia

A disortografia é classificada dentro das Perturbações Específicas da Aprendizagem caracterizando-se como uma dificuldade ao nível da transformação dos códigos linguísticos em grafemas, sejam eles escritos ou falados. Esta perturbação verifica-se quando não existe uma correspondência correta entre os fonemas e os grafemas resultando em erros de ortografia, independentemente do resultado gráfico da letra, i.e. do traço (Torres & Fernández, 2001).

1.2.6.1.3 Disgrafia

Esta perturbação específica da componente da escrita, prende-se exatamente com o processo motor relacionado com a escrita, que afeta a qualidade da mesma (i.e., tamanho, forma, inclinação, espaçamento, traço e ligações das letras). Este processo

depende da maturação a nível tónico e da coordenação, pois apenas quando estas componentes se encontram consolidadas é que podemos observar um resultado gráfico sem alterações (Torres & Fernández, 2001).

Para além das características digráficas da escrita é importante estar atento a alguns sinais comuns, tais como: uma postura e pega do instrumento de escrita desadequados; dificuldades ao nível da preensão e da pressão; um ritmo de escrita inadequado, tanto muito rápido como muito lento (Torres & Fernández, 2001).

1.2.6.1.4 Discalculia

Os comprometimentos que podem ser verificados ao nível da matemática, conhecido como discalculia, relacionam-se com o sentido de número, a capacidade de memorização de regras aritméticas, a capacidade de precisão ou fluência de cálculo e a precisão no raciocínio matemático. Assim, quando observamos estas dificuldades podemos caracterizá-las como discalculia sendo importante especificar algumas dificuldades adicionais que possam estar presentes (American Psychiatric Association, 2013).

Já no que respeita aos problemas específicos relacionados com as competências aritméticas, estas dizem respeito às capacidades de adição, subtração, multiplicação e divisão e não às competências matemáticas abstratas (World Health Organization, 2016).

1.2.6.2 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se pela existência persistente de padrões de dificuldades ao nível da atenção e/ou hiperatividade que, por sua vez, interferem significativamente nas atividades de ocupação diária e no desenvolvimento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016). Em ambas as manifestações, para que se constitua um diagnóstico é necessário que se tenham verificado persistentemente seis ou mais dos sintomas, durante pelo menos seis meses (American Psychiatric Association, 2013).

No caso de uma PHDA de incidência no défice de atenção, estamos a falar de sintomas frequentes como: não presta atenção a detalhes ou apresenta erros de falta de cuidado; tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou em atividades/brincadeiras; parece não estar a ouvir, mesmo quando nos dirigimos diretamente; dificuldade em seguir instruções ou não termina as tarefas pedidas; alterações ao nível da organização dos trabalhos ou atividades; evitamento em participar em tarefas que requerem algum esforço cognitivo; perde objetos importantes, para os trabalhos ou atividades, com

facilidade; distraísse com estímulos externos; e, esquece-se de realizar atividades do quotidiano (American Psychiatric Association, 2013).

Já no que respeita a uma PHDA de predominância na hiperatividade e impulsividade, referimo-nos aos seguintes sintomas frequentes: mexer-se no seu lugar, mostrando irrequietude; levanta-se do lugar em situações que será esperado estar sentado; corre ou trepa em locais que não são apropriados; mostra-se indisponível para brincar ou participar em atividades que requerem menos ativação; está constantemente pronto para sair de onde está; fala de forma excessiva; responde de forma impulsiva; dificuldade em esperar pela sua vez; e, interrompe o outro ou realiza tarefas sem permissão (American Psychiatric Association, 2013).

É importante perceber que, todos os sintomas/sinais anteriormente descritos podem não ter uma manifestação tão evidente, considerando-se camuflados, quando se verifica uma supervisão constante. Nestes casos, pode existir recompensa dos comportamentos considerados adequados e provocados os estímulos preferenciais dentro de um contexto controlado. Para que seja constituído o diagnóstico será necessário que a maioria dos sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Sendo que, os sintomas necessitam de estar presentes em dois ou mais contextos em que o indivíduo se insere (American Psychiatric Association, 2013).

É possível verificar uma expressão combinada, onde estão presentes sintomas de dificuldades de atenção, de hiperatividade e impulsividade (American Psychiatric Association, 2013). Ainda, é importante perceber que estes sintomas não deverão ser verificados exclusivamente em situações de Perturbações Psicóticas ou serem explicados pela presença de outro tipo de Perturbação do foro mental (American Psychiatric Association, 2013).

Existe, uma classificação segundo a gravidade dos sintomas verificados. É caracterizada como ligeira quando existem sintomas adicionais aos necessários para constituir um diagnóstico e quando a manifestação dos sintomas compromete ligeiramente no funcionamento e ocupação do indivíduo. Quando estes comprometimentos passam a ser considerados moderados ou severos, passamos a classificar como gravidade moderada. Por fim, quando são verificados bastantes sintomas adicionais aos que constituem o diagnóstico e a maioria dos sintomas verificados são considerados severos, provocando consequência igualmente significativas no funcionamento do indivíduo, então estamos perante uma PHDA de gravidade severa (American Psychiatric Association, 2013).

Existem algumas características que podem estar associadas à PHDA, anteriores à constituição de diagnóstico, tais como a baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade emocional. Mesmo quando não existe uma Perturbação Específica da Aprendizagem, são verificadas dificuldades ao nível da capacidade académica e de trabalho (American Psychiatric Association, 2013).

A PHDA apresenta uma prevalência de aproximadamente 5% na população pediátrica, sendo habitualmente identificada na escolaridade básica, apresenta como fator mais identificado a dificuldade ao nível da atenção. É mais frequentemente observada em crianças do género masculino, mas quando presente em raparigas é mais prevalente uma PHDA de expressão desatenta. No que respeita à própria evolução, no período da adolescência a PHDA habitualmente caracteriza-se por ser mais estável embora persistam as características, porém há casos que desenvolvem comportamentos antissociais e problemas ao nível da conduta (American Psychiatric Association, 2013).

Existem alguns fatores envolvimentoais que são descritos como influenciadores do desenvolvimento da PHDA, no entanto, ainda não existem certezas desta relação causal. Ainda assim, são apontados alguns fatores de risco, como: baixo peso à nascença, a exposição à nicotina no período pré-natal, situações de negligência, etc. No que respeita a fatores genéticos, parece existir uma correlação entre determinados genes e a PHDA e ainda, algumas relações do foro hereditário (American Psychiatric Association, 2013).

No que respeita a consequências da PHDA a nível funcional, verifica-se uma redução do aproveitamento escolar que consequentemente leva a uma redução na realização a nível académico e, ainda, parece existir um aumento de exclusão social. Também, as relações familiares de indivíduos com PHDA tendencialmente são mais negativas e conflituosas e, as relações com os pares são frequentemente influenciadas de forma negativa por comportamentos como: rejeição, negligência ou provocação e troça (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

Em contexto clínico é frequente a observação de comorbilidades em indivíduos com sintomas de PHDA. A Perturbação de Oposição e Desafio é uma comorbilidade recorrente em casos de PHDA, sendo que em casos de expressão combinada a probabilidade é superior (cerca de 50% dos casos) e, em casos de expressão predominantemente com défice de atenção a probabilidade desce para os 25%. Já no que respeita à comorbilidade com uma Perturbação da Conduta a probabilidade é também de 25% mas na presença de uma PHDA de expressão combinada (American Psychiatric Association, 2013).

Quando nos referimos a um indivíduo com Perturbação Disruptiva e da Regulação do Humor podemos observar sintomas que são característicos da PHDA, no entanto o contrário já não é tão frequente. Ainda, podemos ter presentes como comorbilidades da PHDA as seguintes: Perturbações Específicas da Aprendizagem, Perturbação Obsessiva Compulsiva e Perturbação do Espectro do Autismo (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.3 Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) pode estar associada a diferentes condições: médica, genética, a fatores específicos do envolvimento ou a outra perturbação a nível do neurodesenvolvimento, do comportamento ou mental (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016). É caracterizada pela existência de comprometimentos persistentes ao nível da interação social, padrões de comportamento e interesses restritos e repetitivos (American Psychiatric Association, 2013; Gernsbacher, Morson, & Grace, 2016; World Health Organization, 2016). Estes sintomas têm de estar presentes desde a infância e representar limitações ao funcionamento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

A manifestação da PEA varia muito consoante as características do próprio indivíduo (e.g., idade cronológica e o nível de desenvolvimento) e do meio onde este se insere. Desta forma, o grau ou severidade da PEA é classificado partindo do nível de apoio que o indivíduo precisa para cada um dos seguintes domínios: interação social/comunicação, presença de comportamentos e interesses restritos/repetitivos (American Psychiatric Association, 2013).

Assim, dentro destes domínios é classificado por níveis: 1 corresponde à necessidade de apoio; o nível 2 à necessidade de apoio substancial; e o nível 3 à necessidade de apoio muito substancial. Sendo que é ainda necessário, perceber acessoriamente se existe défice intelectual, catatonia ou perturbações da linguagem associadas (American Psychiatric Association, 2013).

De forma a conhecer-se melhor os comprometimentos para o indivíduo e seja feita a devida classificação de apoio é importante perceber o funcionamento do próprio nos diversos contextos onde se insere. Existindo a recolha do máximo de informação possível por diferentes pessoas, e.g. por observação clínica, o historial dos cuidadores e, quando possível, uma entrevista ao próprio (American Psychiatric Association, 2013).

A dificuldade existente ao nível da reciprocidade da comunicação com o outro, para os indivíduos com PEA, manifesta-se igualmente em dificuldades de estabelecer uma relação socio emocional, existindo por isso obstáculos à partilha de emoções e à imitação do outro. Também existem alguns sinais atípicos de comunicação não-verbal, que se encontram presentes nestes quadros, como: a inconsistência do contacto ocular, presença de gestos e posturas não adequados e de uma mímica pouco expressiva (American Psychiatric Association, 2013).

No caso dos comportamentos repetitivos, podemos observar muitas vezes a presença de movimentos estereotipados, uso repetitivo dos objetos e a necessidade de permanência numa rotina ou em padrões de comportamento para determinadas situações, com presença de resistência para a mudança dos mesmos (American Psychiatric Association, 2013).

Também em casos de PEA, para além daquilo que são as características ditas habituais, é comum existirem outras problemáticas, como: fobias, perturbações do sono e da alimentação e comportamentos auto agressivos (World Health Organization, 2016).

1.2.6.4 Inquietação e Medos

O diagnóstico de Inquietação e Medos apresenta esta denominação no ICD-9 da OMS e, em 2015 entra em vigor o ICD 10 alterando a denominação do diagnóstico para Outras Perturbações Emocionais da Infância (ICD.Codes, 2019).

Segundo a World Health Organization (2016), este diagnóstico pode estar relacionado com uma perturbação de identidade ou uma perturbação de ansiedade. Desta forma, podemos perceber que este é um diagnóstico mais generalizado.

1.2.6.5 Perturbação de Adaptação

Esta perturbação é caracterizada pela presença repetida e persistente de sintomas de carácter emocional ou comportamental em resposta a um stressor que é identificável, verificando-se nos três meses seguintes à presença do mesmo. Estas respostas podem caracterizar-se com comportamentos, como: de desafio, agressividade ou não irem ao encontro daquilo que será esperado socialmente (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

O stressor pode ser uma situação particular (e.g. termino de uma relação amorosa) ou um conjunto de diversas situações (e.g., dificuldades em ingressar no mercado de trabalho), podendo ser recorrente (i.e., esporádico) ou contínuo (i.e.,

persistente) na sua manifestação. Aquando uma manifestação recorrente, por norma os sintomas tendem a permanecer durante períodos mais longos e a Perturbação de Adaptação adquire uma forma persistente (American Psychiatric Association, 2013).

Os sintomas são caracterizados como significativos pela observação de, pelo menos, uma das seguintes situações: presença marcada de sofrimento que se verifica desproporcional ao stressor que o provoca e a existência de comprometimentos significativos a nível social, ocupacional e outras áreas importantes no funcionamento do indivíduo. Nestes casos, existe uma diminuição da capacidade de trabalho ou aproveitamento escolar (American Psychiatric Association, 2013).

Esta condição não pode ser melhor explicada por outra perturbação nem ser classificada como agravamento de uma perturbação preexistente (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

Este tipo de condição pode manifestar-se com diferentes incidências, como: o humor depressivo, a ansiedade, uma combinação de humor depressivo com ansiedade, uma combinação do comportamento e das emoções ou do comportamento ou sem outra especificação (American Psychiatric Association, 2013).

As perturbações da adaptação são comuns na população não psiquiátrica, a sua prevalência está entre os cinco e os 20%. Também na população psiquiátrica é um diagnóstico bastante comum, rondando os 50%. É uma condição associada a um aumento do risco de tentativas de suicídio ou mesmo da sua consumação (American Psychiatric Association, 2013).

No que respeita a fatores de risco, a nível envolvental é referido que indivíduos que vivem em ambientes onde experienciam um nível elevado de stresse, têm uma maior probabilidade de vir a desenvolver uma Perturbação de Adaptação (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.5.1 Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções

A Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções apresenta-se como um diagnóstico complementar a uma Perturbação da Adaptação, anteriormente descrita, e que se distingue pela prevalência das suas manifestações.

Segundo a American Psychiatric Association (2013) e a World Health Organization (2016) nesta Perturbação verifica-se a existência dos dois tipos de sintomas possíveis de uma Perturbação da Adaptação, nomeadamente os sintomas emocionais como a

depressão e a ansiedade e os sintomas comportamentais como a agressividade e o desafio (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.6 Perturbação do Controlo dos Impulsos NCOP

A Perturbação do Controlo dos Impulsos NCOP é uma categoria de diagnóstico aplicada a manifestações características de Perturbações Disruptivas, do Comportamento e do Controlo dos Impulsos que têm consequências significativamente negativas para o funcionamento do indivíduo. Estas consequências podem estar relacionadas com aspetos sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento (American Psychiatric Association, 2013).

Apesar de parecer um diagnóstico semelhante a muitos outros, este é aplicado em situações em que não existe o cumprimento dos critérios de diagnóstico de qualquer uma das perturbações anteriormente descritas. Este incumprimento de critérios de diagnóstico de perturbações mais específicas pode acontecer pela falta de informação no momento do diagnóstico, existindo por isso a opção de um diagnóstico mais abrangente (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.7 Perturbação de Ansiedade de Separação

A Perturbação de Ansiedade de Separação apresenta-se como um receio desadequado e excessivo relativamente a uma situação de separação daqueles a que está relacionado, que pode ser observado em pelo menos três formas de manifestação, como por exemplo (American Psychiatric Association, 2013): stresse frequente e excessivo em situações, ou antecipação das mesmas, e.g. tem se sair de casa ou de perto daqueles aos quais se encontra ligado; uma preocupação constante e excessiva em perder as figuras de maior ligação ou que alguma enfermidade lhes aconteça; recusa ou relutância em sair de casa para realizar outras atividades, sempre com o medo de permanecer separado das figuras de referência; presença frequente de pesadelos que envolvam situações de separação; queixas repetidas de sintomas físicos (e.g., dor de cabeça) em situações de separação ou na sua antecipação (American Psychiatric Association, 2013).

Neste quadro, verifica-se a existência de medo, ansiedade e evitamento persistentes, durante pelo menos quatro semanas. Desta forma, apuraram-se implicações significativas em diversas áreas do funcionamento do indivíduo, como e.g., social, académico e ocupacional. É importante perceber que os sintomas e sinais verificados não podem ser melhor explicados por outra condição de saúde, tais como: Perturbações Psicóticas, Perturbação da Ansiedade Generalizada ou até mesmo

Perturbação do Espectro do Autismo (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

Nesta população, quando se verifica uma separação das figuras de referência, são verificadas bastantes consequências, tais como: algum isolamento social, tristeza, apatia, dificuldade de manutenção em tarefas e presença de medos, dependentes da idade, de situações que podem ser vistas como ameaçadoras ou perigosas para a si e para a sua família. Neste quadro, a recusa em ir para a escola é muito frequente e, consequentemente, verificam-se dificuldades académicas e de integração com os pares. Estas crianças são habitualmente descritas como as que precisam de atenção constante, as intrusivas, que aparentam ser muito dependentes e superprotegidos (American Psychiatric Association, 2013).

A American Psychiatric Association (2013) refere que a prevalência desta perturbação em crianças encontra-se na ordem dos 4% e, nos adolescentes em cerca de 1.6%. Sendo que, foi verificado clinicamente que é tão prevalente em rapazes como em raparigas, embora ao nível da comunidade se verifique uma superioridade do género feminino (American Psychiatric Association, 2013).

No que respeita a fatores de risco associados a este quadro clínico, podemos considerar a nível envolvental uma recente perda significativa, a existência de stresse a nível do dia-a-dia familiar e a existência de um padrão de superproteção parental, todos são fatores que podem estar na origem de uma Perturbação de Ansiedade de Separação. Ainda, é afirmado que poderá existir o fator hereditário neste tipo de casos, existindo de igual forma um aumento do risco de suicídio, nesta população (American Psychiatric Association, 2013).

No caso das crianças, são apresentadas algumas comorbilidades elevadas com a Perturbação de Ansiedade Generalizada e Fobias (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.8 Perturbações da Eliminação

1.2.6.8.1 Enurese

A Enurese é caracterizada pela repetição voluntária ou involuntária de fazer urina na cama ou na roupa. É um comportamento considerado clinicamente significativo quando presente no mínimo duas vezes por semana, durante pelo menos três meses consecutivos ou, quando é verificada a presença de angústia clinicamente significativa ou, ainda, comprometimentos importantes em diversas áreas do funcionamento. A idade

cronológica deverá ser pelo menos cinco anos ou com um nível de desenvolvimento equivalente, sendo que o comportamento não pode ser derivado de qualquer medicação ou condição médica (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

Esta Perturbação da Eliminação poderá apresentar três subtipos: noturna, diurna ou noturna e diurna. O subtipo noturno é geralmente comum no género masculino, apresentando-se durante o período de sono, sendo mais frequentemente verificado no primeiro terço da noite. Já no caso da enurese diurna, mais frequente no género feminino, não pode estar associada à presença de enurese noturna, mas pode verificar-se uma incontinência de emergência, existindo uma instabilidade e dificuldade de controlo ou um excesso de retenção que resulta numa incontinência. O terceiro subtipo resulta de uma combinação entre os subtipos anteriores (American Psychiatric Association, 2013).

A presença de uma enurese noturna poderá estar associada à existência de sonhos que incluam o ato de urinar. Já no caso da enurese diurna podemos ter situações de evitamento do uso das casas de banho, como resultado de uma ansiedade social ou preocupação com a escola ou a brincadeira. Esta perturbação da eliminação tem uma prevalência entre 5 a 10% por volta dos cinco anos, 3 a 5% por volta dos 10 anos e cerca de 1% em indivíduos com idade igual ou superior aos 15 anos (American Psychiatric Association, 2013).

No que respeita ao desenvolvimento e evolução da enurese, podemos classificá-la como primária quando nunca se verificou o controlo urinário ou secundária quando, por sua vez, a enurese acontece após a aquisição de controlo urinário. Por norma, uma enurese primária verifica-se aos cinco anos, já uma enurese secundária aparece entre os cinco e os oito anos, embora exista a possibilidade de aparecer a qualquer altura. Encontra-se, ainda, registado que apenas 1% dos casos é que mantem a enurese até à idade adulta, sendo que os restantes vão adquirindo a capacidade de controlo urinário (American Psychiatric Association, 2013).

Existem alguns fatores que podem estar associados, de alguma forma, à presença de enurese, nomeadamente fatores envolvimentoais como: atraso ou ineficácia no treino para utilização da casa de banho e stresse psicossocial associado a esta utilização. Também é descrito como fator genético de risco o facto de a progenitora ter enurese (American Psychiatric Association, 2013).

Para os indivíduos que têm enurese, podem ser verificados uma série de comprometimentos a nível funcional, como: dificuldades nas experiências sociais, diminuição da autoestima, probabilidade de exclusão por parte dos pares e, ainda, da presença de comportamentos de zanga e de punição por parte dos cuidadores (American Psychiatric Association, 2013).

Esta condição clínica pode, ainda, estar relacionada com atrasos ao nível do desenvolvimento da linguagem, comunicação, da aprendizagem académica e motora. Tal como, pode estar presente em casos de encoprese e de Perturbações do Sono (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6.8.2 Encoprese

A encoprese é caracterizada pela eliminação repetida, intencional ou não, de fezes em locais não apropriados. Para que constitua um diagnóstico é necessário que ocorra pelo menos um episódio por mês, durante três meses consecutivos. Sendo que, apenas poderá ser constituído diagnóstico a partir dos quatro anos de idade cronológica ou equivalente nível de idade desenvolvimental e, sem que haja associação do comportamento a efeitos derivados de alguma medicação ou outra condição médica (exceção feita em caso de mecanismos de obstipação) (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016).

A encoprese é classificada por subtipos consoante a presença ou não de obstipação e de excesso de incontinência. No caso da presença de obstipação e de excesso de incontinência é mais frequente que ocorra durante o dia, sendo que após o tratamento da obstipação, normalmente é resolvida a questão da incontinência. Já nos casos em que não se verifica obstipação nem incontinência (subtipo menos comum), existe a possibilidade de presença de uma Perturbação de Oposição e Desafio ou Perturbação do Comportamento ou, ainda, é possível a existência desta eliminação como resultado de uma masturbação por via anal (American Psychiatric Association, 2013).

A presença de casos de obstipação, podem ser resultantes de diversas causas a nível psicológico, tais como: sentimento de ansiedade associado ao ato de defecar num determinado local e a existência de um padrão de comportamento ansioso ou de oposição (American Psychiatric Association, 2013).

Tal como foi anteriormente mencionado, no caso da enurese, também em casos de encoprese podemos verificar alguns comprometimentos funcionais, tais como: sentimentos de vergonha, diminuição da autoestima, comportamentos de exclusão por

parte dos pares e de comportamentos de punição ou de rejeição por parte dos cuidadores (American Psychiatric Association, 2013).

No que respeita ao desenvolvimento e evolução da encoprese, podemos classificá-la como primária quando nunca se verificou o controlo esfíncteriano ou secundário quando se verifica enurese após a aquisição de controlo esfíncteriano. No que respeita à prevalência, encontra-se registado que cerca de 1% das crianças com cinco anos têm encoprese, com maior predominância do género masculino. A sua manifestação pode permanecer durante anos, mesmo que de forma intermitente (American Psychiatric Association, 2013).

II Realização da Prática Profissional

II.1 Organização das atividades de estágio

O presente capítulo destina-se à clarificação da organização inerente às atividades de estágio desenvolvidas, como tal esta explicação inicia-se com uma descrição e organização das diversas etapas nas quais se centrou a atividade de estágio, seguindo-se da apresentação e explicação do horário semanal estabelecido.

Posteriormente, é possível perceber melhor a caracterização dos contextos destinados à intervenção, existindo por isso uma divisão entre o contexto de intervenção individual e a intervenção realizada em grupo. Segue-se a apresentação da população atendida, existindo igualmente uma divisão por contextos de intervenção de forma a melhor categorizar a informação apresentada.

Por fim, é possível encontrar um subcapítulo destinado à descrição dos diversos processos de intervenção, da responsabilidade da estagiária, sendo especificados os instrumentos e processos de avaliação, uma breve análise dos resultados obtidos e, ainda uma reflexão crítica de todo o processo, existindo lugar para apresentar conclusões e limitações.

II.1.1 Descrição e organização das etapas realizadas

A dinâmica de integração no SPSMIA, passou inicialmente por conhecer todos os espaços do serviço e começar a participar na reunião de equipa, de forma a ser oficialmente apresentada à mesma. Ainda nesta fase, foi transmitido que poderiam ser encaminhados casos para a Psicomotricidade que iriam ser assegurados pela estagiária, de forma autónoma.

Posteriormente, enquanto não surgiram novos encaminhamentos para além de participar nas atividades comuns a todos os técnicos do serviço, foi proposto que observasse alguns dos casos da Dr.^a Lídia de forma a realizar algumas consultas em dinâmica de co-terapia. Saliento que, todos os casos que foram selecionados pela Dr.^a Lídia tiveram em conta o decorrer do próprio processo terapêutico e dependeram do consentimento dos pais e dos próprios. Após o consentimento a estagiária realizou a intervenção, semanalmente, em regime de co-terapia dos seguintes casos: GR, M., D. e E.

Nesta fase, foi concretizada pela estagiária uma pequena avaliação informal que permitiu a troca de ideias e estabelecimento de uma linha orientadora para que ambas as

Psicomotricistas na intervenção tivessem consonância na forma de intervir destes mesmos casos.

À medida que foram surgindo encaminhamentos de outras especialidades (médicas ou não médicas), estes eram discutidos em equipa de forma a todos tomarem conhecimento do encaminhamento, como é habitual nesta equipa. Posteriormente, os casos eram organizados pelo horário disponível da sala polivalente para realização de uma primeira avaliação.

Neste primeiro contacto com as famílias, era realizada uma pequena conversa onde eram recolhidos os principais dados da família e da criança, percebendo também as suas preocupações. Também nesta conversa inicial, era explicada a razão do encaminhamento para a especialidade de Psicomotricidade, bem como o tipo de avaliação que seria realizada, neste contexto.

Após as sessões de avaliação foram apresentados os resultados à família justificando a importância da intervenção e recolhido o consentimento para realização da mesma, com uma periodicidade semanal. Nesta etapa, foi explicado aos pais que a intervenção da estagiária iria ter um período limitado, uma vez que o compromisso com o serviço iria terminar no final do ano letivo. Existindo sempre a garantia de que, caso se justificasse, a continuidade de intervenção em Psicomotricidade, após este período, esta seria igualmente assegurada pela Dr.^a Lídia. Após este processo inicial, seguiram-se as consultas semanais dos casos: A., C., DA, L., G. e T.

Neste percurso, no caso particular da C. verificou-se importante a introdução de um novo elemento no processo terapêutico, de forma a facilitar a aprendizagem e o ajustamento nas interações sociais, começando assim a ser uma intervenção em co-terapia com a estagiária de licenciatura.

Por forma a dar resposta a uma das necessidades do serviço, foi proposto em reunião a realização de um grupo terapêutico de adolescentes, em co-terapia com uma interna de pedopsiquiatria, o qual teve o consentimento da equipa. Mediante os encaminhamentos realizados pelos diversos profissionais da equipa o grupo foi constituído. Assim, foi implementado e realizada uma avaliação inicial e posteriores sessões de periodicidade semanal. À semelhança das intervenções individuais, também no grupo, foi realizada uma curta conversa com os pais, permitindo existir um consentimento para a participação dos seus filhos e foi entregue um calendário onde se encontravam descritos os dias de sessão e os períodos de férias (Anexo A).

Já numa fase final de todos os acompanhamentos foram realizadas as sessões de avaliação final. Particularmente, nos casos individuais os resultados foram transmitidos aos pais e foi dado o devido aconselhamento de continuidade ou não da intervenção. Também aqui era delineado, quando acordada a continuidade, o processo de passagem de casos para a Dr.^a Lídia. Já no grupo terapêutico os resultados foram transmitidos diretamente a toda equipa.

Ainda, saliento que todas as atividades complementares ao estágio, como seminários e apresentações tiveram prioridade em relação a qualquer outra atividade realizada localmente no estágio. As participações nestas atividades encontram-se descritas mais à frente, neste relatório. Todas estas atividades e etapas realizadas ao longo do estágio, anteriormente descritas, encontram-se organizadas em tabelas, por mês, e estão disponíveis para consulta no Anexo B.

II.1.2 Horário semanal das atividades de estágio

As atividades realizadas no âmbito do estágio foram ao encontro da disponibilidade das salas do serviço e da própria dinâmica já existente no serviço, assim é possível consultar na Tabela 1 o horário semanal.

Desta forma, à segunda-feira apenas seguia um caso em co-terapia com a Dr.^a Lídia, das 12h00 às 13h00 – o G., sendo que aproveitava algum tempo no serviço para realização de alguma pesquisa e consulta de processos.

Seguidamente, à terça-feira iniciava as atividades no estágio às 10h00 para um tempo de supervisão e discussão de casos com a Dr.^a Lídia e, posteriormente, realizava em co-terapia duas sessões, das 11h00 às 13h00 – o M. e o D., respetivamente. No entanto, mais tarde a pedido da mãe do M. a sessão foi adiantada meia hora, tendo por isso início às 10h30. Ainda à terça-feira, mas fora do espaço do Hospital, era realizada semanalmente uma reunião de supervisão das atividades de estágio por parte do orientador académico – Professor Dr. Rui Martins.

À quarta-feira iniciava as atividades de estágio às 8h00 com uma consulta de seguimento da E., em co-terapia com a Dr.^a Lídia, como as restantes esta consulta tem uma duração aproximada de uma hora. Posteriormente, entre as 10h00 e as 13h00 participava na reunião da equipa multidisciplinar do serviço de pedopsiquiatria, onde todos os técnicos do serviço têm oportunidade de discutir e partilhar casos clínicos.

À quinta-feira, pela disponibilidade da sala de Psicomotricidade eram realizadas as sessões de acompanhamento individual dos casos A., C. e DA da parte da manhã

entre as 10h00 e as 13h00. Mais tarde, entre as 17h00 e as 20h00 tinham lugar outras três sessões, neste caso do L., do G. e do T. O intervalo entre as sessões da manhã e da tarde eram aproveitados para a atualização dos registos escritos. Sempre que existia disponibilidade, por parte da Dr.^a Lúdia existia uma hora de supervisão dos casos em intervenção.

Por fim, na organização semanal, à sexta-feira as atividades de estágio tinham lugar da parte da tarde, iniciando-se normalmente com a atualização dos registos em falta e, das 17h00 às 18h00, a partir do mês de janeiro realizou-se a sessão de grupo de adolescentes. Geralmente, este era o horário seguido no âmbito do estágio e, por vezes, eram aproveitados alguns tempos livres ou faltas dos utentes às consultas para participação em outros momentos.

Tabela 1: Horário de organização semanal do estágio no SPSMIA.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h00					
8h30			Observação E.		
9h00					
9h30				Supervisão de intervenção	
10h00					
10h30	Consulta de processos e de bibliografia	Supervisão de intervenção			
11h00				Intervenção A.	
11h15					
11h30			Reunião SPSMIA		
12h00		Observação M.		Intervenção C.	
12h30	Observação GR				
13h00		Observação D.		Intervenção DA	
13h30	Almoço				Almoço
14h00		Almoço	Almoço	Almoço	
14h30					
15h00					Atualização de registos
15h30				Atualização de registos	
16h00					
16h30					
17h00		Reunião de Núcleo de Estágio		Intervenção L.	Intervenção Grupo de Adolescentes
17h30					
18h00				Intervenção G.	
18h30					
19h00					
19h30				Intervenção T.	
20h00					

II.1.3 Caracterização dos contextos de intervenção

A intervenção no SPSMIA, encontrava-se organizada por duas formas de intervenção distintas, nomeadamente: a intervenção individual e em grupo. De seguida, serão brevemente descritos estes diferentes contextos de intervenção.

II.1.3.1 Intervenção Individual

A intervenção de carácter individual é a mais frequente na intervenção psicomotora realizada no SPSMIA, podendo justificar-se esta predominância pelas problemáticas associadas à população atendida e às possibilidades da equipa envolvida. Os casos após referenciados para a Psicomotricidade são discutidos, primeiramente, em reunião de equipa de forma a garantir que toda a equipa concorda com esta resposta.

Esta intervenção é realizada na sala polivalente do serviço, tendo uma duração aproximada de 50 minutos por sessão, com periodicidade semanal. Estão ao dispor todos os materiais presentes na sala. Os horários destas sessões eram acordados com os representantes legais das crianças em questão, existindo sempre uma preocupação com o aproveitamento escolar (devido às faltas) e, por isso mesmo, dentro das possibilidades do serviço era possibilitado o horário mais conveniente à criança e aos pais.

Esta tipologia de intervenção é maioritariamente aconselhada nesta população por ser um espaço privilegiado, onde a criança pode, com o adulto, expressar e regular os seus conflitos internos. A intervenção individual é caracterizada por ser inteiramente direccionada para a criança, não existindo elementos externos que possam interferir na forma como esta se expressa ou atua. A criança pode recorrer ao adulto, de forma exclusiva, aumentando desta forma a relação de confiança e o ambiente seguro que precisa.

A modalidade, digamos assim, de co-terapia não deixa de ser uma intervenção de carácter individual, mas tem presente a diferença de existir mais um adulto no contexto de sessão. Por vezes é verificada a preferência pelo adulto que a criança já conhecia, tendo dificuldade em aceitar a presença de um estranho ou alterar a sua rotina e esta mudança é importante. Por outro lado, com crianças com um contacto muito indiferenciado, a presença de outro adulto poderá facilitar a aprendizagem, num ambiente controlado, do estabelecimento de uma nova relação e da capacidade de diferenciação.

Em qualquer uma das situações, é importante ir estabelecendo uma rotina, dentro da sessão, que permita criar uma maior segurança e continuidade. Como tal, as sessões são divididas em três momentos distintos: conversa inicial, corpo de sessão e retorno à

calma. Na conversa inicial, a criança tem oportunidade de se colocar o mais confortável possível (i.e., tirar casaco, descalçar, etc.) e partilhar o que desejar sobre a sua semana, existindo assim um momento de partilha. Posteriormente, consoante o que a criança apresenta e sugere é construída uma atividade ou brincadeira mais livre, que vai sempre sendo moldada ou conduzida pelo adulto. Por fim, o momento de retorno à calma objetiva um trabalho de maior consciência e relaxação corporal, bem como uma maior capacidade de reflexão sobre o vivido.

Após cada sessão era realizado um registo escrito, resumindo as observações relevantes notadas em consulta, nos processos clínicos do serviço.

II.1.3.2 Intervenção em Grupo

A intervenção em grupo tinha lugar na sala polivalente do SPSMIA, com acesso ao material disposto na sala. A sessão tinha um tempo aproximado de 50 minutos, com frequência semanal e para a sua realização era necessária a presença de pelo menos dois dos elementos. No caso de apenas estar um presente, era dada a possibilidade de regressar para casa ou escolher o que quisesse fazer com as terapeutas.

O grupo terapêutico era dinamizado pela Psicomotricista estagiária e pela Interna de Pedopsiquiatria, destinava-se a adolescentes que apresentassem critérios como: dificuldades de aceder à passividade; alterações da perceção corporal (esquema e imagem), baixo insight, autoestima e autoconfiança; dificuldade de expressão de sentimentos e emoções; dificuldade na gestão da frustração; e dificuldades de socialização. Sendo que, como critério de exclusão foi estabelecido a presença de sintomatologia psicótica. O encaminhamento foi realizado pelos diversos profissionais após a apresentação dos critérios em reunião de equipa, tal como referido anteriormente.

É importante que seja estabelecida uma rotina que foi acordada, no início da intervenção com os adolescentes. Como tal, a sessão iniciava-se com um momento de conversa inicial onde era construído o espaço de cada um e se realizava um momento de partilha de momentos significativos da semana. Posteriormente, tinha lugar o corpo de sessão onde eram realizadas as atividades propostas pelos adolescentes ou as atividades planeadas. E, por fim, existia um momento de reflexão, onde cada um partilhava da forma que se sentia mais confortável, como se tinha sentido durante a sessão.

Neste último momento, também era dada a oportunidade de oferecer um “*smile*” a alguém do grupo como símbolo de algo vivido na sessão e era feito o cumprimento de

despedida, com o tão conhecido “até para a semana”. Neste grupo, verificou-se sempre a importância de construção de um espaço próprio que era partilhado com os restantes.

Tal como anteriormente referido, após cada sessão era realizado um registo escrito, resumindo as observações relevantes notadas em consulta, nos processos clínicos do serviço.

II.1.4 População atendida

No decorrer do estágio realizado, foram acompanhadas 10 crianças e três adolescentes, sendo que todas as crianças em contexto de intervenção individual e os adolescentes em contexto de grupo terapêutico. Verificou-se uma predominância do género masculino, tendo sido acompanhados 10 rapazes e três raparigas, com idades compreendidas entre os quatro e os 15 anos.

Ao nível do diagnóstico presente, existiu bastante variedade, sendo possível observar nas seguintes tabelas, juntamente com um breve resumo das restantes informações mencionadas. Primeiramente, são apresentadas na Tabela 2 as informações gerais da população seguida em intervenção individual.

Tabela 2: Resumo da população atendida em intervenção de carácter individual.

Criança	Idade Cronológica	Género	Diagnóstico	Observações
A.	4 anos 11 meses	Masculino	Inquietação e medos Outras perturbações específicas da infância/adolescência	
D.	5 anos	Masculino	PHDA PEA	
M.	5 anos 9 meses	Masculino	Encoprese e Enurese PEA	Em co-terapia
E.	7 anos 7 meses	Feminino	Encoprese e Enurese PEA	
C.	8 anos 2 meses	Feminino	Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções	
G.	8 anos 2 meses	Masculino	PEA	
DA	8 anos 4 meses	Masculino	Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções	
GR	10 anos 2 meses	Masculino	Perturbação Ansiedade Separação PHDA PEA	Em co-terapia
T.	10 anos 9 meses	Masculino	Disortografia, dislexia e disgrafia PHDA Inquietação e medos	

L.	11 anos 1 mês	Masculino	PHDA de expressão desatenta PEA ligeiro
----	---------------	-----------	--

Agora, é possível encontrar na Tabela 3 a informação que caracteriza em termos gerais a população atendida em contexto de grupo.

Tabela 3: Resumo da população atendida em intervenção de em grupo.

Adolescente	Idade Cronológica	Género	Diagnóstico(s)
TE	15	Feminino	Perturbação Específica da Leitura e Escrita PHDA
GU	15	Masculino	Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções Perturbação de Adaptação
RI	15	Masculino	Défice de Atenção Perturbação do Controlo dos Impulsos NCOP

No que respeita à assiduidade da população atendida, podemos reparar uma média aproximada de duas faltas nos acompanhamentos individuais. De forma a apresentar os dados neste sentido, é possível observar o registo de presenças dos casos de intervenção individual na Tabela 4.

Tabela 4: Registo de presenças relativos aos casos de acompanhamento individual.

Utente	A.	C.	DA.	L.	G.	T.
Nº de sessões realizadas	26	21	23	27	24	25
Nº de Sessões agendadas	28	23	27	28	29	25
Total de faltas	2	2	4	1	5	0

Já, relativamente à assiduidade da população atendida em contexto de grupo terapêutico é possível observar o registo de presenças na Tabela 5, com uma média de cinco faltas no acompanhamento terapêutico em grupo.

Tabela 5: Registo de presenças relativos aos casos de acompanhamento em grupo.

Utente	TE.	GU.	RI.
Nº de Sessões realizadas	15	16	15
Nº de sessões agendadas	20	20	20
Total de faltas	5	4	5

Estes dados apenas são apresentados em relação aos casos da responsabilidade da estagiária. Assim, a maioria dos casos em co-terapia por serem da responsabilidade da Dr.^a Lúcia, não foi realizado um registo as presenças.

II.1.5 Descrição do processo de intervenção

No presente capítulo, inicialmente são apresentados os diversos instrumentos utilizados nos processos de avaliação e posteriormente as condições de aplicação em que os respetivos instrumentos nas avaliações realizadas. A apresentação realizada de seguida é complementada pela caracterização de cada instrumento e respetivos documentos, disponíveis nos anexos.

Começamos pela Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010) da Âncora Editora que se encontra disponível para consulta a sua caracterização e folha de registo no Anexo C, o Draw a Person de Jack Naglieri (1988), The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc., cuja caracterização e folhas de resposta se encontram disponíveis para consulta no Anexo D. Ainda, a Behaviour Assessment Scale for Children de Reynolds e Kamphaus (1992) de Susan Yanta, disponível para consulta no Anexo E a sua caracterização e folhas de resposta, seguindo-se da Grelha de Observação Comportamental, de carácter mais informal e também disponível para consulta no Anexo F.

Posteriormente, o Teste de Diagnóstico e Reeducação dos Problemas de Escrita de Denis Stott, Fred Moyes e Sheila Henderson (s.d.) cuja informação complementar se encontra disponível no Anexo G e o Teste do Desenvolvimento da Integração Visuo-Motora de Keith Beery (1989) que é caracterizado no Anexo H. Ainda, o Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds e Richmond, 1994) de Western Psychological Services com informação mais detalhada para consulta no Anexo I e, finalmente, da Escala "Para mim é fácil" (Gaspar e Matos, 2015) que também tem a sua caracterização e documentação disponível no Anexo J.

Seguidamente, são apresentados e discutidos, de uma forma menos detalhada, os resultados obtidos após a aplicação dos planos de intervenção, mediante os resultados obtidos nas avaliações realizadas. E, por fim, existe um espaço dedicado à apresentação das dificuldades e limitações sentidas ao longo dos processos de intervenção.

II.1.5.1 Condições de aplicação dos instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação anteriormente mencionados foram aplicados consoante as áreas necessárias de avaliação, visando a construção de um plano de intervenção. Por forma a melhor compreender a distribuição dos instrumentos aplicados é possível consultar seguidamente a Tabela 6, que resume essa informação.

É importante referir que previamente ao processo de avaliação existiu uma sessão de apresentação à criança e aos pais, onde foi possível realizar uma pequena conversa que possibilitou perceber as principais preocupações dos mesmos, recolher alguns dados do desenvolvimento da criança e, também esclarecer o que viria a ser o acompanhamento em Psicomotricidade. Todos os instrumentos escolhidos e aplicados dependeram sempre da aceitação e disponibilidade da criança/adolescente e foram disponibilizados todos os materiais necessários para a aplicação dos mesmos, bem como foram respeitados os critérios de aplicação descritos pelos autores.

A aplicação dos instrumentos foi realizada a critério e de forma a permitir uma comparação direta entre dois momentos de avaliação, nomeadamente uma avaliação inicial e final.

Tabela 6: Resumo da distribuição dos instrumentos de avaliação aplicados a cada caso acompanhado.

Instrumentos de avaliação/caso	A.	C.	DA	L.	G.	T.	TE	GU	RI
BPM	-	X	X	X	X	X	-	-	-
DAP	-	X	-	X	-	X	-	-	-
BASC	X	-	-	-	-	-	-	-	-
GOC	X	X	X	X	X	X	-	-	-
DRHP	-	-	-	X	-	-	-	-	-
VMI	-	-	-	X	-	-	-	-	-
RCMAS	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Desenho do corpo	X	-	X	-	X	-	X	X	X
Escala “Para mim é fácil”	-	-	-	-	-	-	X	X	X

Primeiramente, dentro do contexto de intervenção individual é possível perceber que comum a todos os casos verifica-se a aplicação da GOC, com o objetivo de avaliar informalmente as questões comportamentais dentro do contexto de sessão. Esta grelha foi aplicada nas sessões destinadas à avaliação e, por isso, preenchida após as mesmas.

Já a BASC foi aplicada apenas num caso, i.e., o A. devido à idade (quatro anos) e pelas principais preocupações apresentadas pelos pais numa primeira sessão, esta avaliação foi complementada com um desenho do corpo, de carácter informal e qualitativo. Por ser um caso com diversas alterações comportamentais, foi explicado aos pais o objetivo da avaliação em questão e foi pedido que fizessem igualmente chegar o formulário à professora, para que a avaliação realizada fosse o mais completa possível. Assim, os pais preencheram em conjunto a folha de respostas destinadas a si e foram o veículo da folha de respostas para a professora.

Posteriormente, podemos observar uma prevalência de aplicação da BPM, que esteve presente numa grande maioria dos casos individuais, sendo aplicada num contexto de sessão com acesso ao mesmo local e materiais que as sessões habituais. Teve uma média de aplicação a rondar os 50 minutos, i.e., uma sessão. É importante referir que a BPM não foi aplicada na sua íntegra nem respeitando a ordem proposta pelo autor. Assim, foram aplicadas as provas a critério consoante as necessidades de avaliação de cada caso.

Complementar à avaliação por meio da BPM, foi aplicado o DAP às crianças que assim o permitiram, visando a recolha de informação mais detalhada em relação à representação gráfica da figura humana. Assim, foram dadas as folhas de resposta presentes no Anexo D, bem como diversos lápis e canetas de cor para que a criança tivesse a oportunidade de realizar a melhor representação possível.

Relativamente à aplicação do DRHP esta, foi igualmente aplicada em contexto de sessão individual através da utilização da folha de resposta presente no Anexo G. A avaliação teve como principal objetivo a aferição de aspetos relacionados com o grafismo do L., uma vez que este era o aspeto que mais preocupação causava aos pais devido às consequências no aproveitamento escolar. Ainda, neste caso e de forma a aferir se poderiam existir comprometimentos do foro visuomotor a avaliação foi complementada com a aplicação do VMI.

No caso do T. é possível observar que foi realizada uma aplicação complementar da RCMAS, esta avaliação teve como principal objetivo uma melhor compreensão das causas e principais fontes de ansiedade no T. Sendo que, a ansiedade era um dos principais sintomas presentes nesta criança e, por sua vez, verificava implicações significativas nas suas atividades ocupacionais.

Nos casos em que a aplicação do DAP não foi aceite pela criança (i.e., no DA e no G.) foi pedido à mesma um desenho do corpo, de carácter mais livre, como forma de avaliação informal das competências de representação gráfica do próprio corpo, bem como de uma interpretação desta (e.g. diversidade cromática, tamanho, pormenores, etc.), ou seja de carácter qualitativo.

Também no contexto de intervenção de grupo, o desenho do corpo foi aplicado como forma de avaliação informal, onde foi pretendida uma representação mais livre. Existindo, neste caso, o complemento da avaliação através da escala “Para mim é fácil” que por sua vez pretendia avaliar as competências pessoais e sociais dos indivíduos que constituíam o grupo. Especificamente, neste instrumento, foi realizado um pedido de

autorização de aplicação e cedência dos materiais necessários aos autores do mesmo e apenas após este processo é que foi possível a realização da aplicação do mesmo.

Toda a avaliação realizada no contexto do grupo terapêutico contou com duas sessões destinadas à mesma, nomeadamente uma sessão para a avaliação inicial e outra para a avaliação final.

II.1.5.2 Plano de intervenção

Mediante os resultados obtidos na avaliação inicial, foi estabelecido para cada caso um plano de intervenção que contempla diversas informações, tais como: o perfil intraindividual, os fatores de risco e de proteção, os objetivos de intervenção (gerais e específicos) e, ainda, as estratégias de intervenção adequadas. O perfil intraindividual discrimina as áreas fortes e as áreas a desenvolver, bem como as hipóteses apontadas como explicativas para o caso. Desta forma, justificando os objetivos propostos para o caso em questão.

A tipologia da intervenção, seja ela de carácter individual ou de grupo é uma decisão partilhada com a família e a equipa multidisciplinar, bem como é acordada idealmente uma periodicidade semanal no acompanhamento prestado. Apenas após este esclarecimento e explicação dos resultados obtidos na avaliação, com a devida explicação dos objetivos para os quais pretendemos trabalhar, o processo de intervenção tem início.

É importante salientar que, nos casos de intervenção individual após cada consulta existia um período de conversa com os pais permitindo dar o feedback do trabalho realizado em consulta. De igual forma, neste período pós consulta foram, ao longo do tempo, partilhadas algumas estratégias e formas de atuação perante algumas situações, como por exemplo em momentos onde as alterações comportamentais se verificavam.

Posteriormente, as últimas sessões foram destinadas à avaliação final, onde se pretendia uma repetição do processo inicial. Após a avaliação em questão foram transmitidos presencialmente os resultados obtidos e a indicação para continuação do acompanhamento em psicomotricidade, bem como foi entregue um relatório de avaliação que permite documentar a evolução observada.

Nos casos em que as implicações no contexto escolar se verificaram importantes, foi realizada a devida articulação, nomeadamente no caso do A., do L. e do G. Já relativamente ao caso do DA é importante salientar que foi realizada uma articulação

bastante frequente com a escola, a pedopsiquiatra e a assistente social, por se verificar um caso social onde foi necessária a articulação de todos os técnicos envolvidos de forma a delinear um plano de intervenção e atuação conjunto.

Relativamente à intervenção em grupo terapêutico é possível consultar todas estas informações de acompanhamento e evoluções na apresentação direcionada à equipa do SPSMIA, presente no Anexo P. É importante salientar que neste modelo de intervenção, devido à idade dos constituintes do grupo, a articulação com a família verificou-se mais reduzida. Existia, neste caso, um maior nível de autonomia mesmo na deslocação para o serviço e, portanto, o contacto com os familiares teve lugar no início do processo de intervenção e, posteriormente via telefone quando se verificava essa necessidade de articulação.

II.1.5.3 Apresentação e discussão dos Resultados

No presente capítulo são apresentados e discutidos, sucintamente, os resultados obtidos no decorrer do processo de avaliação e intervenção. Sendo que, esta apresentação de resultados encontra-se dividida em duas partes distintas, uma primeira sobre a intervenção individual (respetiva aos casos A., C., DA, G. e T.) cujos relatórios de intervenção inicial e final estão passíveis a consulta no Anexo Q. Posteriormente são apresentados os resultados obtidos na intervenção em grupo.

II.1.5.3.1 Apresentação e discussão dos resultados obtidos nos casos de intervenção individual

Primeiramente, são apresentados os dados do A., uma criança do género masculino que quando foi encaminhado para a consulta de Psicomotricidade tinha quatro anos e cinco meses e encontrava-se a frequentar o pré-escolar. O pedido de avaliação psicomotora foi realizado pelo Pedopsiquiatra assistente, com as seguintes indicações: grandes alterações do comportamento, com impulsividade e episódios de heteroagressividade.

Os testes utilizados para a presente avaliação foram seleccionados tendo por base o motivo de encaminhamento e a idade da criança. Desta forma, a avaliação contou com a aplicação da BASC (Reynolds e Kamphaus, 1992) aos pais e à professora, resultados presentes na Tabela 7. Adicionalmente, foi realizada uma avaliação informal do comportamento através da GOC.

Tabela 7: Resultados da avaliação inicial e final, respectivas ao caso A., através da BASC de Reynolds e Kamphaus (1992).

Área avaliada	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
	Professora	Pais	Professora	Mãe
Hiperatividade	61	66	55	75
Agressividade	82	81	84	64
Componente Problemas Externalizados	73	65	71	71
Ansiedade	58	57	63	57
Depressão	58	62	55	67
Somatização	40	66	46	69
Componente Problemas Internalizados	52	65	56	69
Atipicidade	66	79	69	67
Tendência para Isolamento	41	55	48	57
Problemas de Atenção	49	76	49	69
Índice de Sintomas Comportamentais	64	74	68	71
Adaptabilidade	52	46	47	51
Competências Sociais	40	33	45	38
Componente Competências Adaptativas	46	38	46	44

Realizando uma comparação dos valores das áreas do comportamento apresentados na Tabela 7 é possível verificar que se mantêm como comportamentos de maior discordância na sua manifestação, entre a professora e os pais, são os internalizados. As restantes áreas comportamentais avaliadas parecem ter tido uma evolução positiva no que respeita à coerência na perceção quer dos pais quer da professora. No entanto, é importante salientar a diferença, embora pouco significativa, registada pela professora ao nível do comportamento do A. na escola.

Em ambas as perspetivas, a área dos comportamentos externalizados parece manter-se como a área que requer maiores cuidados. Estes comportamentos combinados com comportamentos de hiperatividade, podem estar presentes implicações ao nível da atenção, da conduta de comportamento e poderão existir comportamentos de oposição. Situações que parecem manter-se, neste caso, em particular.

Saliento que, ao longo da intervenção foi visível uma maior frequência de queixas associadas ao comportamento do A. por parte da mãe o que pode justificar a prevalência de comportamentos assinalados como frequentes, na avaliação final, uma vez que a mãe realizou o preenchimento sozinha.

Do ponto de vista da avaliação informal é importante acrescentar que o A. verificou uma evolução bastante positiva em contexto de sessão, pode ser descrito como uma criança que apresenta um discurso organizado e espontâneo, muito ativa e alegre,

calmo e cooperante com as atividades que lhe são propostas, aderindo voluntariamente. Está atento no decorrer das instruções e apresenta-se empenhado nas atividades, sendo capaz de se manter nestas até ao seu término, de forma autónoma, caso as atividades se verifiquem do seu interesse. Embora ainda se verificassem alguns sinais de dificuldade no controlo da impulsividade.

Na maioria das vezes apresentava comportamentos adequados às atividades, embora por vezes exibe uma utilização do material que pode ser perigosa para si e para os outros, no entanto, já apresentava alguma crítica neste comportamento.

Quando confrontado com uma situação frustrante, por vezes tentava alterar a atividade, embora fosse capaz de se manter na mesma com pequenos feedbacks. Mostra prazer lúdico, explora o material, sorri e interage espontaneamente. Permite, desta forma, que se altere mais as atividades que sugere, não se fixando apenas em jogos funcionais (preferência) e aderindo cada vez mais a jogos simbólicos.

Seguidamente podemos encontrar os resultados obtidos para quatro casos distintos, nomeadamente: C., DA, G. e T. Estes resultados são resultantes da possível aplicação de três instrumentos de avaliação particularmente da BPM, do DAP e RCMAS. Assim, através da consulta da seguinte Tabela 8 é possível recolher de forma resumida essa informação.

Saliento, ainda, que as informações relativas ao caso L., de acompanhamento individual, não constam nesta tabela nem neste capítulo porque será abordado de forma mais detalhada num próximo capítulo, que se destina ao estudo de caso.

Tabela 8: Resultados da avaliação com distribuição dos instrumentos aplicados aos respetivos casos acompanhados.

Instrumentos utilizados	Momento de avaliação	Caso			
		C.	DA	G.	T.
BPM	Inicial	2 dispráxico (perfil heterogéneo)	3 euprático (perfil heterogéneo)	2 dispráxico	3 euprático (perfil heterogéneo)
	Final	3 euprático	Não aceitou a aplicação das provas	3 euprático (perfil mais homogéneo)	3 euprático (perfil homogéneo)
DAP	Inicial	Bom (valor total bruto = 125)	-	-	Na média (valor total bruto = 141)
	Final	Acima da média (valor total bruto = 137)	-	-	Na média (valor total bruto = 118)

RCMAS	Inicial	-	-	-	Valor bruto total = 10
	Final	-	-	-	Valor bruto total = 4

A C. é uma criança do género feminino aquando encaminhada para a consulta de Psicomotricidade tinha sete anos e oito meses e encontrava-se a frequentar o 2º ano de escolaridade. O pedido de avaliação psicomotora foi realizado pela Pedopsiquiatra assistente, destacando as seguintes indicações: fraca noção temporal, jogo simbólico pouco investido, dificuldade na verbalização dos afetos/emoções, baixa tolerância à frustração e desarmonia. Como é possível observar foram aplicados como instrumentos de avaliação formal a BPM e o DAP e a GOC.

Podemos observar mediante a informação apresentada na Tabela 8 que a C. na avaliação pela BPM evoluiu de um perfil dispráxico heterogéneo para um perfil eupráxico mais uniforme, tendo sido, por isso, verificadas evoluções bastante positivas. Embora o referido, podem existir áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas. Já no que respeita aos dados do DAP podemos observar a evolução de uma realização considerada boa para a idade cronológica, para uma realização considerada acima da média, não deixando de considerar a aplicação e interpretação deste instrumento a critério.

É importante salientar que o facto da C. manter um contacto indiferenciado com o adulto pode indicar uma maior vulnerabilidade e carência a nível afetivo. Embora esta manifestação pareça estar mais equilibrada e controlada. Ainda, um dos sinais de maior maturidade é a capacidade que a C. tem de autocorreção, demonstrando assim uma maior crítica do próprio comportamento. Assim como, o facto de ser mais capaz de se autorregular em situações de frustração, acrescentando uma melhor capacidade de aprender e aplicar estratégias que lhe permitiram uma organização e articulação de ideias/pensamentos mais adequada.

Já no que respeita ao DA, o pedido de avaliação psicomotora foi realizado através da Pedopsiquiatra, com as seguintes indicações: alterações do comportamento, comportamentos de oposição/desafio, reação desajustada perante a frustração e presença de pensamentos de morte e medos. Aquando esta avaliação o DA tinha sete anos e oito meses e frequentava o 2º ano de escolaridade. Nesta avaliação, o DA apenas consentiu a aplicação da BPM e, informalmente, foi aplicada a GOC.

Num período posterior, para realização de uma avaliação final não foi possível proceder à aplicação das provas da BPM, pois o DA recusou qualquer realização de

tarefas relacionadas com a BPM. Assim, foi realizado apenas um desenho do corpo onde se verificou pouco investimento e revelando o mesmo padrão anteriormente observado, i.e., um desenho muito imaturo, com falta de pormenores anatómicos, sem diversidade cromática. É importante salientar que, o facto de o DA saber, anteriormente ao momento de avaliação, que a intervenção iria ser interrompida, poderá ter influenciado a sua disponibilidade para a mesma. Uma vez que, se tornou muito insistente neste assunto salientando diversas vezes “estou triste” sic.

É possível acrescentar que, do ponto de vista comportamental, o DA apresentava uma postura maioritariamente hipertónica, no início da sessão, onde por norma tinha um período de maior agitação e comportamentos de destruição. Nesta fase, mantinha um perfil de discurso pouco espontâneo e de agressividade dirigida para os materiais, mas progressivamente foi aceitando a minha presença e começando a partilhar alguns dos aspetos do seu quotidiano, aderindo à grande maioria das tarefas. Nesta fase, ainda se observaram dificuldades ao nível da expressão emocional através da palavra.

O DA pode ser caracterizado como uma criança alegre na brincadeira, explorador e com preferência pelo jogo espontâneo. Adere e constrói o jogo simbólico, tendo como principal tema as guerras. Estava mais disponível para a exploração de outros materiais ou de outras formas de utilização dos materiais preferenciais, sendo assim possível transportar as brincadeiras para outras temáticas, mostrando maior flexibilidade. Na brincadeira, é uma criança que inicialmente apresentava preferência pelo jogo de competição e de regras e, gradualmente foi construindo uma brincadeira simbólica e construtiva. Por vezes, eram expressos alguns comportamentos de oposição embora respeitasse as regras de sessão.

Posteriormente o G., uma criança do género masculino cujo pedido de avaliação psicomotora foi realizado através da Pedopsiquiatra, com as seguintes indicações: dificuldades na interação social, interesses restritos, baixa coordenação motora, dificuldades na motricidade fina e fraca autorregulação. Aquando esta avaliação o G. tinha sete anos e sete meses e frequentava o 2º ano de escolaridade. Tendo apenas consentido com a aplicação da BPM e, informalmente, foi aplicada a GOC.

É possível perceber a evolução do perfil psicomotor do G., na passagem de um perfil dispráxico para um perfil maioritariamente eupráxico e mais homogéneo, onde as dificuldades de aprendizagem não parecem ser tão evidentes.

Em termos comportamentais, é importante salientar que o G. se apresentava muito mais tolerante e flexível, aceitando com maior facilidade as sugestões do outro.

Embora permaneça muito ligado às suas áreas de interesse, a partir do momento em que o G. foi tolerando a manutenção na sessão durante o tempo planeado, houve uma evolução bastante positiva não só ao nível da manutenção da sua atenção como também na promoção da sua independência das figuras de referência.

Também, aqui, é relevante dar a conhecer a evolução extremamente positiva na capacidade do G. expressar sentimentos, partilhando diversos aspetos que o preocupavam de forma espontânea, sendo capaz de se tornar mais crítico na informação que partilhava e na forma como o fazia. Assim, foi conseguindo desvincular-se de uma necessidade excessiva de manipulação do adulto com conteúdos emocionais.

Por último, o T. cujo pedido de avaliação psicomotora foi realizado através do Pedopsiquiatra, com as seguintes indicações: ansiedade, baixo autoestima, insegurança e défice de atenção. Existindo, para este rapaz de 10 anos e cinco meses, uma necessidade de criação de um espaço de expressão. Desta forma, foi planeada uma avaliação que consistia na aplicação dos seguintes testes: BPM, DAP e RCMAS.

No momento da avaliação final o T. apresentava um perfil que corresponde maioritariamente a uma realização euprática que comparando com a primeira avaliação verificou-se melhor, essencialmente por ser um perfil psicomotor mais equilibrado. Já através da aplicação do DAP o T. mantém uma cotação considerada na média, onde foi notório um maior investimento, valorização e projeção na figura do próprio. Podendo, desta forma, verificar um sinal de maior confiança, criação de identidade e valorização de si.

Finalmente, partindo da aplicação do RCMAS podemos observar um valor bruto inferior na avaliação final (i.e., de quatro) que indicaria uma redução na ansiedade, no entanto, a escala de mentira associada ao teste em questão obriga-nos refletir sobre a veracidade das respostas devido ao seu valor elevado. É importante destacar que o facto do T. ter experienciado, muito próximo à aplicação da escala, uma crise de ansiedade e estando especialmente naquele dia nesta avaliação pode ter comprometido os resultados obtidos. Não sendo o estado emocional do T. o mais estável, este poderá ter encontrado como defesa o facto de responder às situações consoante o que lhe parece melhor, não apresentando qualquer crítica.

II.1.5.3.2 Apresentação e discussão dos resultados obtidos nos casos de intervenção do grupo terapêutico

Brevemente se explica, para melhor compreender os resultados apresentados de seguida que quanto maior for o valor obtido nas cotações, maiores são as consideradas as

competências pessoais e sociais dos indivíduos (Gaspar & Matos, 2015). Na Tabela 9, apresentada abaixo é possível recolher os dados relativos à aplicação da escala “Para mim é fácil” de Tânia Gaspar e Margarida Gaspar de Matos (2015) no âmbito da intervenção realizada em conjunto com a interna de Pedopsiquiatria, sendo de seguida brevemente descritos alguns dos resultados.

Tabela 9: Resultados da aplicação da escala “Para mim é fácil” no grupo terapêutico de adolescentes.

Escala “Para mim é fácil”	Momento de avaliação	Caso		
		TE	GU	RI
Competências Básicas	Inicial	31	37	18
	Final	28	40	24
Resolução de problemas	Inicial	47	63	41
	Final	59	59	45
Regulação Emocional	Inicial	19	28	11
	Final	26	26	23
Relações Interpessoais	Inicial	25	28	29
	Final	28	27	27
Definição de Objetivos	Inicial	12	18	20
	Final	19	14	15

A TE, em termos globais, verificou uma melhoria da perspetiva sobre as suas competências em todos os domínios, à exceção do domínio das competências básicas que verificou uma ligeira diminuição. A maior diferença positiva de resultados é apurada no domínio da resolução de problemas. Sendo que, para esta adolescente, no momento da avaliação final considerou que é mais fácil para ela: escutar as outras pessoas; manter uma conversa; dizer obrigado; pedir desculpa; e mostrar os seus sentimentos. Já no que respeita ao que considera mais difícil para si, aponta: acalmar-se numa situação difícil; dizer que não quando a tentam convencer de algo; lidar com os professores; e saber quando vai começar a chorar.

Posteriormente, podemos observar na Tabela 9 os resultados obtidos pelo GU onde se observa um ligeiro decréscimo na perspetiva sobre as suas competências em todos os domínios, à exceção do domínio das competências básicas que verificou um ligeiro aumento. Estas diferenças podem justificar-se com o aumento da capacidade crítica do GU. Para este jovem existiam muitos comportamentos/ações que considerava fáceis para ele e que são passíveis de consulta no Anexo P, no entanto identifica uma única situação como difícil para si, nomeadamente o falar com uma pessoa que não conhece.

Finalmente, no que respeita ao RI verificou-se um ligeiro aumento da perspetiva sobre as suas competências nos domínios das competências básicas, resolução de problemas e regulação emocional. Contrariamente, nos domínios das relações interpessoais e definição de objetivos verificou-se um ligeiro decréscimo. Identifica como mais fácil para si começar e manter uma conversa e como mais difícil escutar as outras pessoas. É importante notar que, no momento da avaliação final o RI não demonstrou interesse em ler todos os itens do instrumento, investindo pouco na tarefa, o que pode ter comprometido os resultados observados.

Todos os jovens participantes do grupo terapêutico realizaram, nos momentos de avaliação, uma representação sua que podem ser consultadas no Anexo P. Globalmente é possível destacar que existiram melhorias, de forma consistente, ao nível da partilha de experiências e gostos, da personalização do espaço de intervenção, da identificação e expressão de sentimentos e emoções, da expressão corporal (e.g., mímica, dança, dramatização). Já outras competências trabalhadas, tais como a resolução de situações problema, teriam beneficiado de uma maior duração de intervenção.

II.1.5.4 Dificuldades e limitações

O presente capítulo pretende dar lugar às dificuldades e limitações sentidas ao longo da intervenção desenvolvida. Primeiramente, saliento o aumento da exigência e responsabilidade em mim depositada, poderia ter sido vivida como uma dificuldade acrescida se não fosse a atenção e cuidado que a Dr.^a Lídia Martins teve na minha integração na equipa do SPSMIA e na intervenção psicomotora neste contexto. Sendo por isso, bastante bem gerida esta dificuldade desde o início do estágio.

Mais uma vez, será realizada uma divisão entre a intervenção individual e em grupo. Esta divisão justifica-se, essencialmente pela clara diferença de atuação entre ambas as tipologias de intervenção prestadas, acrescentando ao facto de serem com faixas etárias distintas.

A assiduidade de alguns casos acompanhados verificou uma limitação, pois no processo terapêutico a continuidade e a rotina são um fator securizante de extrema importância que permite a solidificação da relação terapêutica e uma maior consistência nos resultados observados. Acrescentando, ainda, o facto de que no SNS quando há uma falta injustificada a uma consulta externa (que seria o caso) não pode ser realizado o contacto direto, tendo de se esperar pelo pedido dos pais para agendamento de uma nova consulta, o que aumentou o intervalo entre consultas.

Ainda, considero como limitação o facto de a comunicação com as escolas ter sido realizada apenas via telefónica e, apenas em alguns dos casos. Podendo ter existido maior benefício terapêutico se tivesse existido um contacto mais regular e presencial (em escola), por forma a conseguir observar a criança no contexto escolar.

Também relativamente a este tipo de reuniões e visita a escolas, que era realizado pela Dr.^a Lúcia em conjunto com outros profissionais do serviço, dependendo do caso, infelizmente não tive oportunidade de participar em nenhuma das ocasiões por incompatibilidade horária.

Especialmente no contexto de intervenção de grupo, saliento a dificuldade sentida de um tempo de intervenção curto. Tendo existido poucas sessões em que o trabalho de grupo, efetivamente, fosse aproveitado devido ao número reduzido de elementos conjugado com as faltas. Também, neste contexto, considero que poderia ter sido útil a implementação de medidas que visassem o aumento da adesão das famílias, por forma a reduzir o número de faltas e a aumentar o efeito terapêutico através de uma maior continuidade das sessões.

Ainda, apresento como limitação a fraca eficácia sentida no processo de encaminhamento dos adolescentes em questão, caso houvesse uma maior agilidade por parte dos outros profissionais, teria possibilitado a realização de todas as etapas previstas, nomeadamente a reunião com os pais e adolescentes.

A organização interna verificou-se, por momentos, uma limitação pois o espaço disponível para a realização das sessões de psicomotricidade estava, na maioria do tempo, ocupado. Assim, os tempos disponibilizados para a minha intervenção verificaram-se restritos, obrigando a uma concentração das intervenções à quinta-feira. Desta forma, por ter diversas sessões seguidas (em termos horários) o tempo de feedback e partilha com os pais, que disponibilizava imediatamente após a sessão, verificava-se comprometido.

Por fim, gostaria de acrescentar a dificuldade sentida na organização do tempo a nível profissional e do estágio que, muitas vezes comprometeu a minha participação/observação em contextos terapêuticos diferentes, tais como: enfermagem e serviço social.

II.2 Atividades complementares

Ao longo do percurso realizado na atividade de estágio e sempre que existia oportunidade de participação em atividades fora do âmbito de consulta, era possibilitada

a ausência da estagiária mesmo que, por vezes, significa-se não estar presente em alguns momentos de intervenção (mais frequentemente de co-terapia). Tal como foi falado com a Dr.^a Lúcia no início, acordámos que as atividades complementares que se verificassem interessantes para o enriquecimento profissional teriam primazia relativamente às atividades realizadas habitualmente no local de estágio.

Como tal, este capítulo apresenta sucintamente todas as atividades complementares que se realizaram neste percurso, incluindo algumas opiniões pessoais sobre cada uma das experiências.

Assim, é possível ficar a conhecer a experiência obtida no âmbito das reuniões semanais do núcleo de estágio, das jornadas de pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHCL), seguido da I Reunião temática acerca da violência ao longo do ciclo de vida, do Ciclo de conferências: "Olhares sobre a infância: Procuo alguém louco por mim", o seminário - Cyberstorm "o outro lado da internet", a observação de consultas de Pedopsiquiatria, a realização do poster para o encontro nacional de psiquiatria da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA), o seminário da CPCJ Amadora - "A criança e o seu direito a ser amada", a realização do poster para a semana da Reabilitação Psicomotora, a conferência Saúde Mental e Qualidade de vida, a apresentação à equipa do SPSMIA – Intervenção Grupo de Adolescentes.

II.2.1 Reuniões semanais do núcleo de estágio

As reuniões de periodicidade semanal, salvo algumas exceções, apresentavam um carácter formativo muito importante para o crescimento dos estagiários. Esta reunião contava com a orientação do Professor Dr. Rui Martins, orientador académico de todos os intervenientes. No período decorrido entre outubro e maio existiram um total de 26 reuniões de acompanhamento.

Como já foi referido anteriormente (consultar no Anexo B) cada reunião tinha um tema apresentado por cada uma das estagiárias do núcleo de estágios. Nesta organização, existiu uma divisão por semestres e no 1º houve uma maior incidência em apresentações teóricas, sobre temas que pudessem completar as intervenções em estágio. Posteriormente, no 2º semestre verificou-se uma maior preocupação na apresentação e discussão de casos clínicos.

Como tal, as apresentações tiveram início no mês de novembro com os seguintes temas: legislação respetiva à saúde mental, a abordagem do da psicomotricidade e

comportamentos aditivos, a psicomotricidade e as perturbações do comportamento alimentar, a intervenção psicomotora em perturbações da vinculação e, por fim a apresentação de um caso clínico.

Posteriormente, no mês de dezembro as reuniões contaram com a abordagem da intervenção psicomotora na agitação psicomotora, e, ainda a intervenção individual versus a intervenção grupal. Nos restantes meses, ou seja, entre janeiro e maio foram apresentados, por todas as estagiárias do núcleo, uma totalidade de 10 casos e sessões de intervenção. Acrescentando ainda a reunião em abril destinada à organização do póster para o encontro nacional de psiquiatria (da APPIA), disponível no Anexo N Anexo .

Todos estes momentos de partilha e de reflexão conjunta permitiram um maior crescimento pessoal e profissional, principalmente ao nível da capacidade crítica dos casos acompanhados. Não só no que respeita às formas de agir ou direccionar a intervenção como também na capacidade de compreender de forma integrada cada caso.

Relativamente às apresentações realizadas, a primeira prendeu-se com a relação entre a intervenção psicomotora e as perturbações do comportamento alimentar. Uma apresentação de carácter teórico que pretendia apresentar primeiramente a adolescência e as Perturbações do Comportamento Alimentar (Anexo K), seguido de alguns estudos de intervenção internacional, ainda exemplos de intervenção em Portugal e, por fim a apresentação de um projeto: Grupo de Adolescentes no SPSMIA. Esta apresentação pretendia justificar a implementação de um grupo terapêutico, no local de estágio, existindo uma possibilidade de discussão e troca de ideias.

Numa fase posterior, foi possível fazer a apresentação de dois casos clínicos distintos, nomeadamente o caso do L., presente no Anexo L, e o caso do T. que se encontra disponível no Anexo M. Estas apresentações permitem esclarecer o caso em questão, incluindo as questões pedopsiquiátricas associadas, como também possibilita a apresentação de uma sessão e posterior discussão construtiva. Desta forma, é possível construir conjuntamente uma forma de pensar crítica.

II.2.2 Jornadas Pedopsiquiatria do CHLC

A minha participação nas jornadas da Pedopsiquiatria do CHLC teve lugar no dia 13 de outubro de 2017, entre as 9h00 e as 17h30, aproximadamente. Neste dia, apenas houve oportunidade de assistir às intervenções orais, i.e., às conferências.

Nestas conferências foram abordados temas como: As causas da esquizofrenia (ou o que achamos que sabemos) pelo Prof. Doutor Tiago Reis Marques; Dependência

(s) para além das substâncias, pelo Dr. Pedro Hubert e pela Dr.^a Neide Urbano; Família e parentalidade numa sociedade em mudança, pela Prof.^a Doutora Margarida Mesquita; Novos contextos, patologias e respostas, pelo Dr. Augusto Carreira e Prof. Doutor Daniel Sampaio.

Penso ter sido bastante importante a introdução do tema da esquizofrenia na idade pediátrica, pois será em muitos casos nesta faixa etária que surgem os primeiros episódios. Desta forma, é necessário que haja uma atuação eficaz que reduza significativamente os efeitos da psicose contínua, prevenindo complicações. Assim, no nosso âmbito enquanto psicomotricistas podemos ver a nossa atuação nos problemas de comportamento que surgem como consequência, trabalhando a adaptação do indivíduo.

O Prof. Doutor Tiago Reis Marques salientou igualmente a mudança de pensamento em relação à esquizofrenia, passando de uma doença funcional para uma doença com implicações estruturais. Desta forma, existiu uma aproximação da esquizofrenia com outras Perturbação do Desenvolvimento, pois é igualmente necessária a associação de dados desenvolvimentais, podendo ter na sua origem diversas causas distintas. Concluindo-se que a prevenção poderá ter um papel preponderante na observação de pequenos sinais ao nível do desenvolvimento motor, cognitivo e social.

Na conferência relacionada com as dependências, foi especialmente curioso perceber em números os consumos, em idade pediátrica, de álcool. Esta perspetiva, veio apresentar os dados presentes no serviço de urgência e que embora tenham múltiplas causas, foi salientada a importância do trabalho com as famílias.

Desta forma, também é introduzida a seguinte conferência que vem falar da importância não só dos estilos de parentalidade como também na forma como intervimos. A resolução dos problemas vividos deverá passar sempre por uma intervenção com a família. Assim, não só será mais fácil conhecer o funcionamento como também perceber as razões de determinados comportamentos. Aqui, foi salientada a importância de uma relação de empatia que interpretamos como essencial na nossa intervenção.

Em termos gerais, penso que foram umas jornadas bastante bem pensadas com uma abordagem de temas muito importantes e que se complementaram. Foi abordada a falta de respostas de intervenção que, na minha opinião, em contexto público se verifica pelo défice de investimento em equipas multidisciplinares. Embora estas equipas existam, tal como no Hospital São Francisco Xavier, o número de técnicos reduzido que dificulta a criação de uma resposta eficiente.

Infelizmente, embora os investigadores e os profissionais da área saibam as dificuldades que existem e o que é necessário fazer para melhorar, ainda há um caminho legislativo e financeiro a percorrer para que as respostas possam ser eficazes e acessíveis a todos.

II.2.3 I Reunião temática acerca da violência ao longo do ciclo de vida – Encontro da UCF

Esta I Reunião Temática, teve lugar no Auditório da Faculdade de Medicina – CHLO no dia 23 de outubro de 2017. Apenas tive a oportunidade de assistir aos dois primeiros painéis da manhã que se realizaram entre as 9h30 e as 13h00, aproximadamente.

O 1º painel que se destinava a um enquadramento da violência interpessoal na saúde, onde participou a Dr.ª Maria do Ceu Cunha Rego a falar de “As assimetrias de género como fonte de violência institucional e interpessoal”, seguida da Enfermeira Luísa Horta e Costa com o tema “Enquadramento da ação de saúde género, violência e ciclo de vida” e, por fim, a Dr.ª Paula Afonso e a Dr.ª Susana Dias realizaram a “Apresentação das EPVA’s CHLO e ACES Lisboa Ocidental e Oeiras”.

Já num 2º painel, o tema principal centrava-se na violência ao longo do ciclo de vida e contou com a presença da Enfermeira Ana Lopes que falou sobre a violência no namoro, seguida da Dr.ª Isabel Neves que abordou o tema da violência nas relações de intimidade e, finalmente, a Dr.ª Ana Raquel Simão que trouxe para a discussão a violência contra a pessoa idosa.

Em termos gerais, esta reunião temática foi especialmente importante por ter sido um espaço de reunião de diversos profissionais que trouxeram a sua experiência e saber na área da violência de forma a melhor informar os restantes. Como profissionais de saúde somos muitas vezes os primeiros a percebermos a existência ou a observar uma situação de violência associada à pessoa com quem estamos a intervir e, por isso mesmo, é extremamente importante saber como agir nestas situações.

No caso específico das crianças, é preciso estar atento, pois mesmo quando não são alvo de violência direta, são consideradas vítimas vicariantes sofrendo repercussões emocionais e não só, por assistirem a situações de violência. Assim, a importância de saber como agir urge.

II.2.4 Ciclo de conferências: "Olhares sobre a infância: Procuro alguém louco por mim"

O Ciclo de conferências "Olhares sobre a infância" que aconteceu no dia 7 de novembro no Grande Auditório do Centro de Congressos do Taguspark teve como tema o Acolhimento Familiar: Procuro alguém "louco por mim". As conferências tiveram início perto das 10h00 e termino às 16h45 e contaram com a organização da CPCJ de Oeiras.

Começámos, então, este ciclo de conferência com a participação do Professor Jesús Palacios que nos brindou com o tema "Acolhimento(s) Familiar(es): Promessas e Desafios", seguido da Professora Isabel Soares que apresentou o tema "O que sabemos sobre o impacto do Acolhimento Residencial no desenvolvimento das crianças: contributos para a organização de um sistema de Acolhimento familiar". Ambas as apresentações contaram com um espaço comum de debate e discussão que foi bastante enriquecedor.

Da parte da tarde foi abordado o tema "Acolhimento Familiar: O direito a crescer numa Família" pelo Dr. Rui Godinho e pela Dr.^a Celina Cláudio com um momento seguinte de debate.

Na minha opinião, a participação de profissionais que trabalham em saúde mental infantil e juvenil em conferências desta natureza é bastante pertinente e importante, uma vez que serão muitas vezes estes profissionais a detetar e avaliar situações adversas do ponto de vista familiar. Através das comunicações realizadas, foi possível perceber que o acolhimento familiar em Portugal está muito aquém daquilo que podemos observar, e.g., na Irlanda, verificando valores completamente contrários no nosso país e que precisariam de 20 anos para serem revertidos.

Foram esclarecidos os diversos tipos de acolhimento que podem ocorrer, nomeadamente de urgência, temporário ou de longa duração. O primeiro, requer a avaliação cuidada da situação por se tratar de cenários mais graves, o acolhimento temporário tem sempre como objetivo final a reintegração na família de origem e, por fim o acolhimento de longa duração não tem uma previsão de integração na família originária. É, ainda, importante saber que em situações consideradas de risco são aplicados programas de prevenção e manutenção da unidade familiar, mas em casos de maus-tratos são aplicadas medidas de retirada da família, após avaliação.

Estes temas, mais próximos da assistência social também necessitam de ser bem conhecidos por outros profissionais de forma a dar uma respostas mais completa.

Atualmente, sabemos que o acolhimento familiar é uma medida muito complexa aquando comparada com a adoção ou com a institucionalização. Uma vez que são necessários mais profissionais destacados para este trabalho que se verifiquem proactivos e bem enquadrados nas situações familiares. Todos estes processos que falamos obrigam a mudanças e a transições por parte das crianças que podem comprometer, seriamente, os processos de vinculação que estabelecem. Assim, também os profissionais têm um papel determinante na mediação destes processos, existindo sempre necessidade de apoio/resposta terapêutica.

Também foi abordada a outra face da moeda, ou seja, as implicações de uma resposta de acolhimento a nível residencial. Este tipo de acolhimento indica ser crítico para o desenvolvimento saudável dos indivíduos. Nestas instituições estamos perante respostas generalizadas, uma vez que não existe um cuidador preferencial. Assim, os comprometimentos ao desenvolvimento mental e a possibilidade de existirem Perturbações da Vinculação aumenta. Embora Portugal ainda não tenha uma resposta eficaz a este nível o acolhimento familiar seria a resposta mais adequada para crianças com idades entre os zero e os seis anos.

II.2.5 Seminário - *Cyberstorm* "o outro lado da internet"

O VII Seminário do Espaço S, com o tema "*Cyberstorm* o outro lado da internet" teve lugar no dia 10 de novembro de 2017, entre as 9h30 e as 17h30, aproximadamente. Neste dia, tive oportunidade de assistir a todas as apresentações presentes no programa.

O programa foi constituído por temas centrais a partir dos quais eram realizadas apresentações por diferentes profissionais. Assim, o primeiro tema "Agressão.Relação@Net.Com", contou com a participação da Psicóloga Conceição Tavares de Almeida cuja apresentação teve como título "David e Golias: Crescer na era virtual", posteriormente com o Gestor Pedro Marques que apresentou o "Centro Internet Segura" e, por fim neste bloco, o Psicólogo Ricardo Duarte trouxe o tema "*Catfish* – Relações interpessoais".

Já o segundo bloco de apresentações tinha como tema principal "*Gaming* e redes sociais do prazer ao vício" e contou com três apresentações distintas. Inicialmente com o Enfermeiro Ângelo Martinho que trouxe a sua experiência com o "internet, interação e intervenção", seguido da Psicóloga Maria João Andrade com o tema "O mundo do *gaming*, os seus benefícios e malefícios" e, por fim, com uma partilha de experiência pessoal "Eu *gamer*!" na voz de Ramiro Teodósio.

Da parte da tarde, iniciámos as atividades com uma apresentação do Projeto ECO, dirigido Por António Gonzalez do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. A apresentação de nome “Psicodrama público” foi muito interessante, onde foi possível observar através da partilha de histórias pelo público, o grupo de psicodrama a representam através de sons e mímicas a narrativa contada. Desta forma, foi aqui representado como o corpo entra em ação para contar uma história e interpretá-la de forma vivida.

Posteriormente, seguiram-se as apresentações relacionadas com o tema “Casinos e apostas jogos de azar online” que contaram com a apresentação do Psicólogo Pedro Hubert com o título “Sempre *online*... Sempre a acelerar... Como parar... um pouco...”, com a posterior contribuição de André Coimbra que partilha a sua vivência como ex-jogador profissional com o título “O poker como profissão”. Por fim, as apresentações tiveram como tema central “Medicina online dietas, mezinhas e autodiagnósticos”, onde a Nutricionista Cristina Vilaça abordou o tema “A contraceção, dos mitos à realidade” e a enfermeira Isabel Cruz com uma apresentação sobre “Será o Dr. *Google* de Confiança?”.

A minha participação neste seminário prendeu-se com a possibilidade de conhecimento e a partilha de outras realidades associadas à saúde mental, embora não acompanhasse nenhuma criança ou jovem com problemas associados à internet acredito que essa possibilidade poderia vir a existir e, desta forma, poderia estar mais atenta a este problema ou melhor informada sobre outras formas de atuação. No entanto, infelizmente, o seminário não correspondeu às minhas expectativas. Talvez por questões organizacionais existiram algumas dificuldades na gestão do tempo das apresentações e consequentes discussões. Algumas das apresentações, pouco direcionadas para as respostas, pareciam não complementar as restantes dentro do tema central escolhido verificaram-se discussões bastante superficiais.

Exemplo disso mesmo foram as apresentações incluídas no tema central “*Gaming* e redes sociais do prazer ao vício”, onde estiveram presentes duas apresentações mais relacionadas com experiência pessoal e de investigação e, por outro lado de intervenção. Nomeadamente, a apresentação do Enfermeiro Ângelo Marinho, que falou sobre o Núcleo de Utilização Problemática de Internet (NUPI) do Hospital de Santa Maria, foi muito interessante do ponto de vista das respostas de intervenção para estes problemas em particular, mas não houve a possibilidade de discussão dos dados apresentados.

II.2.6 Observação de Consultas de Pedopsiquiatria

A 1ª consulta de pedopsiquiatria que assisti teve o consentimento da Pedopsiquiatra, da família em questão e da própria criança. Seria uma primeira consulta para este caso, que vinha referenciado com alterações do comportamento em causa e na escola de agitação e dificuldade de manutenção da atenção. Foi importante assistir a esta consulta de forma a perceber também qual era a forma de atuação em consultas de pedopsiquiatria bem como o tipo de informação que é recolhida.

Inicialmente, entra o pai com o filho e durante um primeiro momento o pai apresenta algumas das queixas e situações que levaram a recorrer à consulta de pedopsiquiatria, neste momento são igualmente recolhidas algumas informações anamnésicas e do funcionamento familiar/diário. Não importa, para este relatório estar a descrever estes dados mais pormenorizadamente, no entanto apenas indico que este rapaz tem oportunidade de falar apenas com a médica e com a estagiária de Psicomotricidade e acaba por se tornar mais desinibido explicando os seus interesses e apresentando algumas razões para agir de determinadas formas. Nesta primeira consulta, foi receitada medicação com o objetivo de melhorar os tempos de atenção em períodos de aula.

Saliento a importância do estabelecimento de uma boa relação, em contexto de consulta e denoto a boa adaptação que os pedopsiquiatras fazem em contexto de consulta médica.

Mais tarde, e dentro de um contexto de articulação com outra pedopsiquiatra fui assistir a outra consulta pedopsiquiátrica, mas desta vez de seguimento. Esta consulta era de uma criança em idade pré-escolar que apresentava dificuldades ao nível do grafismo e da motricidade fina, existindo dúvida se deveria ser encaminhado para a Psicomotricidade. Assim, após o consentimento dos pais e da criança na minha presença em consulta, foram observados, informalmente, alguns exercícios de imitação de grafismos e desenho livre.

Foi possível perceber que a criança tem vindo, recentemente, a ganhar algum interesse por este tipo de atividades e, como tal, tem investido e estando mais disponível para as mesmas. Não apresenta alterações significativas ao nível das realizações e, segundo a pedopsiquiatra assistente, tem bons apoios a nível familiar e escolar (i.e., educadora estimula e trabalha bastante com ele) e, assim não parece ter indicações para ser seguido em psicomotricidade. O facto de ainda ter um ano de pré-escolar por

completar é considerado um fator de proteção para estas competências, no entanto, caso sejam observadas alterações e que venha a ser necessária uma avaliação mais completa esta será realizada.

II.2.7 Poster para o encontro nacional de psiquiatria

O poster realizado para o encontro nacional de psiquiatria da APPIA teve como tema o enquadramento da intervenção psicomotora no apoio clínico a crianças com problemas de vinculação e está disponível no Anexo N. Assim, de forma geral, foi apresentada a Psicomotricidade salientando os seus objetivos e metodologias, bem como existiu um esclarecimento sobre o que era o processo de vinculação e quais os seus tipos de manifestação.

Ainda neste poster, de carácter teórico, perante os problemas de vinculação (i.e., uma vinculação insegura-ambivalente ou insegura evitante ou desorganizada) existem manifestações comportamentais que se tornam bastante claras em situações lúdicas e, sobre as quais o Psicomotricista pode trabalhar utilizando diversas metodologias.

Este trabalho foi especialmente importante de forma a conseguir organizar e esquematizar teoricamente aquilo que aplicamos, enquanto psicomotricistas. Este exercício contrário de reflexão do trabalho realizado perante a conjugação de informação recolhida também é importante e permite-nos refletir mais sobre a nossa forma de atuação, no presente. Diria mesmo que este processo de pesquisa possibilitou uma forma diferente de autoavaliação que foi muito significativa no percurso do estágio.

II.2.8 Seminário CPCJ Amadora - "A criança e o seu direito a ser amada"

O Seminário CPCJ Amadora com o tema "A criança e o seu direito a ser amada" ocorreu no dia 18 de abril no Auditório dos Recreios da Amadora. As conferências tiveram início perto das 10h00 e término às 16h00.

O primeiro painel de conferências intitulado como "O direito a ser criança", contou com a participação de Ana Teresa Brito que apresentou o seguinte tema "Abraçar o tempo e o lugar do afeto – construir uma cultura de prevenção". Seguidamente pelo Centro Dr. João dos Santos contaram com a presença de Clara Castilho que falou sobre o trabalho desenvolvido na Casa da Praia e a visão da mesma. Posteriormente, também o Professor Carlos Neto apresentou o tema "O direito a brincar" e, por fim neste painel, foi apresentado o Movimento *Transformers* pela Inês Franco Alexandre.

Já o segundo painel, foi muito ao encontro do tema já abordado pela CPCJ de Oeiras, na conferência anteriormente descrita, tendo como tema “Vozes protetoras”. Neste painel existiu a oportunidade de ouvir André Tavares Rodrigues sobre “Os labirintos dos (des)amores na adolescência: o olhar do acolhimento residencial”. De seguida, com o tema “Qualidades das famílias de acolhimento: Um estudo comparativo entre Portugal e Inglaterra” e, por fim, com Suzana Amorim o tema “Quando se nasce duas vezes, como viver? O direito à identidade”.

Por último, da parte da tarde, o terceiro painel de conferências “O direito a ser amado...Na primeira pessoa” é iniciado pelo ator Luís Aleluia, seguido por Joana Garcia da Fonseca e, por fim, por Paulo Guerra do centro de estudos judiciais. Este painel diferenciou-se dos restantes por dar lugar à partilha de situações reais de acolhimento e de acompanhamento de jovens na criação de um futuro.

Em termos gerais, considero que este seminário foi bastante bem pensado e organizado, existindo pertinência e coesão entre os três painéis de conferência e respetivas apresentações. O primeiro painel dá uma perspetiva mais relacionada com o desenvolvimento, o tipo de estímulos e atividades que as crianças devem ter acesso para um crescimento saudável, seja a oportunidade de relações afetivas, como o brincar ou até mesmo com a forma como são estimuladas e acompanhadas fora do contexto familiar. Saliento ainda, neste painel a apresentação do Movimento *Transformers* uma ideia original que se baseia num ciclo de tutoria que oferece às crianças e jovens, na sua comunidade, diversas experiências desportivas ou artísticas nas quais podem participar gratuitamente e conforme vão crescendo e ganhando responsabilidades dentro da atividade, podendo vir a tornar-se tutor de outras crianças.

Já o segundo painel trouxe uma perspetiva complementar à conferência realizada pela CPCJ de Oeiras, à qual assisti. Principalmente porque foram apresentados dados ingleses do acolhimento familiar e perspetivas de profissionais de acolhimento residencial. No entanto, os desafios em Portugal parecem ser comuns aos apresentados pela CPCJ Oeiras.

Por fim, o último painel apresentou-se mais humano e de partilha de experiências pessoais que são igualmente importantes de serem do conhecimento dos profissionais. Pois, também, é com acesso a estas experiências que vamos moldando e construindo a nossa forma de intervir e de observar outros casos.

II.2.9 Poster para a semana da Reabilitação Psicomotora

O poster realizado para a Semana da Reabilitação Psicomotora, que teve lugar na Faculdade de Motricidade Humana (FMH) de 14 a 18 de maio de 2018 e que se encontra no Anexo O, representa um resumo de tudo o que foi construído ao longo do estágio.

Este trabalho, apresenta muito sucintamente o local de estágio, os casos acompanhados, a orientação académica e local e, posteriormente, dá a ler aos interessados os principais desafios sentidos e as conquistas. Todas essas informações também estarão dispostas no decorrer do presente relatório.

Para mim, realizar este poster foi um processo bastante natural. As oportunidades de discussão tanto com o Prof. Dr. Rui Martins como com a Dr.^a Lúcia, possibilitaram uma constante avaliação e sistematização pessoal daquilo que tenho vindo a realizar ao longo do estágio. Como tal, este trabalho foi como que um processo de materialização do que havia sido realizado.

II.2.10 Conferência Saúde Mental e Qualidade de vida

No dia 8 de junho pelas 14h30, na FMH tive a oportunidade de assistir à apresentação do Dr. José Luís Pio Abreu cujo tema era "Problemas Atuais da Saúde Mental e Psiquiatria", na conferência organizada no âmbito da especialidade de Reabilitação no doutoramento de Motricidade Humana, sobre Saúde Mental e Qualidade de vida.

Para mim, pessoal e profissionalmente foi muito importante ouvir a intervenção do Dr. José Luis Pio Abreu uma vez que este abordou a psicopatologia de uma forma bastante clara e acessível. Oferecendo-nos uma visão que é comum a todos os profissionais que trabalham em saúde mental e não apenas aos médicos.

Foram referidas duas formas complementares de olhar para a psicopatologia, i.e. a psicopatologia compreensiva e a explicativa. A primeira prende-se com a forma como a observamos no indivíduo, ou seja, como é que a psicopatologia é compreendida consoante a pessoa que é observada. Enquanto a psicopatologia explicativa passa pelas teorias pré-estabelecidas sobre os problemas observados.

Para além disso, foi dada muita importância ao processo de empatia, comum a qualquer seguimento terapêutico. Salientando assim a relevância de colocação no lugar do outro, não só para o processo terapêutico, mas também da própria pessoa com psicopatologia. Nesta população, a falta de objetividade origina a incapacidade de intersubjetividade, ou seja, a dificuldade em ter empatia pelo próximo. Também a troca de

papéis, que se verifica natural por volta dos quatro anos, é muito importante de manter nesta população, exatamente pela falta de empatia acima referida. Exemplo deste tipo de trabalho são os programas com recurso ao psicodrama.

A importância de vivência do presente e de situar as atividades que realizamos no que está a ser vivido é uma estratégia significativa para todos estes processos, pois oferecemos uma maior objetividade para que depois se possa evoluir para a intersubjetividade, como o Dr. José Luis Pio Abreu dizia, mas também para uma maior capacidade simbólica e de abstração.

II.2.11 Apresentação à equipa do SPSMIA – Intervenção Grupo de Adolescentes

Na reunião de equipa realizada no dia 20 de junho existiu a oportunidade de apresentar o trabalho realizado no Grupo Terapêutico de Adolescentes. Desta forma, foi apresentado um PowerPoint com a informação mais relevante, existindo um posterior espaço para discussão. A apresentação encontra-se disponível no Anexo P.

A apresentação conta com uma pequena introdução teórica que revela alguns dos fundamentos para a realização de um grupo terapêutico nesta faixa etária. São igualmente apresentadas as regras gerais de funcionamento do mesmo, os critérios admitidos para os encaminhamentos e, ainda o planeamento de um período pré-intervenção.

São expostos os elementos que constituíram o grupo, sendo explicitados os motivos de encaminhamentos de cada um e as fases de intervenção pelas quais todos os elementos passaram. O planeamento da intervenção passou por cinco fases distintas, sendo duas delas a intervenção inicial e a final. A nível estrutural foi igualmente apresentada à equipa a estrutura das sessões realizadas.

Relativamente aos casos acompanhados neste grupo, foram apresentadas as suas atividades preferenciais e dificuldades observadas bem como os resultados da avaliação inicial e final com recurso a uma comparação quantitativa e qualitativa direta. Ainda, houve oportunidade de apresentar os dados de assiduidade e mediante a observação comportamental, foram explicitados os resultados da avaliação qualitativa destes elementos.

Por fim, foram apresentadas as dificuldades sentidas ao longo do processo de intervenção, bem como algumas recomendações futuras e conclusões. Saliento a importância da existência destes momentos de partilha de experiências direta com os

diversos profissionais que constituem a equipa do SPSMIA. Pois, não só existe a oportunidade de todos ficarem a conhecer o trabalho realizado com estes adolescentes como podem refletir sobre a importância desta forma de intervenção, uma vez que não existe no serviço.

II.3 Estudo de caso

O estudo de caso apresentado de seguida apresenta uma organização que respeita as etapas com o artigo 9º do regulamento profissional do Psicomotricista (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011), ao nível da metodologia de intervenção. Como tal, inicialmente destaca-se uma breve apresentação do caso em questão seguida da história pregressa e os percursos escolar e clínico.

Posteriormente, explicita-se a realização do encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade, a devida apresentação e discussão dos resultados de avaliação inicial, consequentemente o perfil intraindividual e, de seguida, apresenta-se o plano de intervenção elaborado consoante as etapas anteriores.

Por fim, são apresentados e discutidos os resultados de avaliação final, as hipóteses entendidas como explicativas para o caso do L., mediante as informações recolhidas e, finalmente as conclusões desta mesma intervenção.

II.3.1 Breve apresentação do estudo de caso

O L. é uma criança do género masculino, nascido a 2/6/2007 e que frequenta o 5º ano de escolaridade. Começa o acompanhamento em pedopsiquiatria em julho de 2017, referenciado pelo médico de família com as seguintes indicações: isolamento social; falta de competências sociais; dificuldade na gestão dos afetos e emoções; imaturidade; e, agressividade latente. Na primeira consulta de pedopsiquiatria, foi realizada uma entrevista, aos pais e ao L., que permitiu recolher diversos dados anamnésicos. Como resultado desta primeira consulta foram destacadas as seguintes observações: distração e falta de concentração em casa e na escola; baixo autoestima; dificuldade em lidar com a frustração; discurso fixado em “não sei”, “não consigo”.

O diagnóstico estabelecido com base nas informações recolhidas em consulta sobre o comportamento e capacidades do L., nos diversos contextos, foi de PEA Ligeira e de PHDA de expressão desatenta.

Em termos gerais, o L. toma o pequeno almoço em casa e vai para a escola até à hora de almoço, almoça com o pai e os avós maternos e, seguidamente vai para o centro

de estudos “CriaGente” onde passa a tarde até ir para casa. O L. duas vezes por semana fazia natação, o que lhe ocupava dois finais de tarde por semana embora tenha tentado desistir por achar que estava a ficar para trás (i.e., em relação aos colegas). Anteriormente fez equitação, mas segundo os pais desistiu assim que sentiu a primeira dificuldade. Por forma a sistematizar o dia-a-dia do L. e as atividades nas quais participa segue-se a Figura 2.

Intervalo de horas	Atividade Desenvolvida	Quem está com a criança?
7h15 – 8h00	Acordar, Pequeno-Almoço e Deslocação para a escola	Pais e irmã
8h00 – 13h00	Escola – aulas	Professores e Colegas
13h00 – 14h00	Almoço	Pais e Avós maternos
14h00 – 18h00	Centro de Estudos “Cria Gente”	Educadores, Tutores, Explicadores e Colegas
18h00 – 19h30	4 ^{as} e 6 ^{as} Natação em Barcarena	Professores de Natação e colegas
18h00 – 20h00	Ida para casa, higiene e ver TV	Pai
20h00 – 21h30	Jantar, ver TV com a família e Deitar	Pais e irmã

Figura 2: Dia tipo do L. com discriminação horária, atividade desenvolvida e acompanhamento.

II.3.2 História Pregressa

No ano anterior ao nascimento do L. a mãe teve um aborto no 5º mês de gestação. Após o seu nascimento verificaram-se diversos períodos de ausência do pai, por ser militar, estando pouco presente nos primeiros momentos da vida do L. O pai ausentou-se poucos dias depois do nascimento do L. e, posteriormente em 2008 vai para Angola, em 2011 para os Açores e entre 2012 e 2016 foi para Timor, durante este período esteve em casa apenas quatro meses.

Em relação aos relatos sobre a primeira infância, existem algumas discordâncias entre o pai e a mãe, enquanto que a mãe descreve o L. como “era um bebé muito tranquilo” sic., o pai afirma que “Ele era mais mexido do que a irmã, chorava muito de noite” sic.

O índice de APGAR apresentou valores considerados normais (i.e., 9/10). O L. teve aleitamento materno até aos dois meses e iniciou a diversificação alimentar aos quatro meses. Aos 12 meses começa a falar e aos 13 meses a marcha. Posteriormente, aos 18 meses sai do quarto dos pais e partilha o quarto com a irmã (mais velha), com quem mantém uma boa relação. Ao nível dos cuidados, até outubro de 2007 o L. esteve

aos cuidados da mãe passando a estar aos cuidados da sua avó até 2010. Nesta altura, aos três anos e seis meses, ingressa numa creche onde fica durante um ano. Após esse ano, volta a ficar aos cuidados da mãe, que nessa altura se encontra em situação de desemprego. Um ano depois, ingressa no pré-escolar e a partir desta altura começa a fazer o percurso escolar regular.

O agregado familiar do L. é constituído pelos seus pais e a sua irmã. Tem contacto semanal com os avós maternos e quinzenal com os avós paternos. Segue-se um genograma (Figura 3) que permite perceber melhor as relações familiares mais próximas.

Atualmente, a mãe afirma que é muito ocupada devido ao trabalho e apresenta bastante preocupação em não ter o tempo suficiente que o filho precisa.

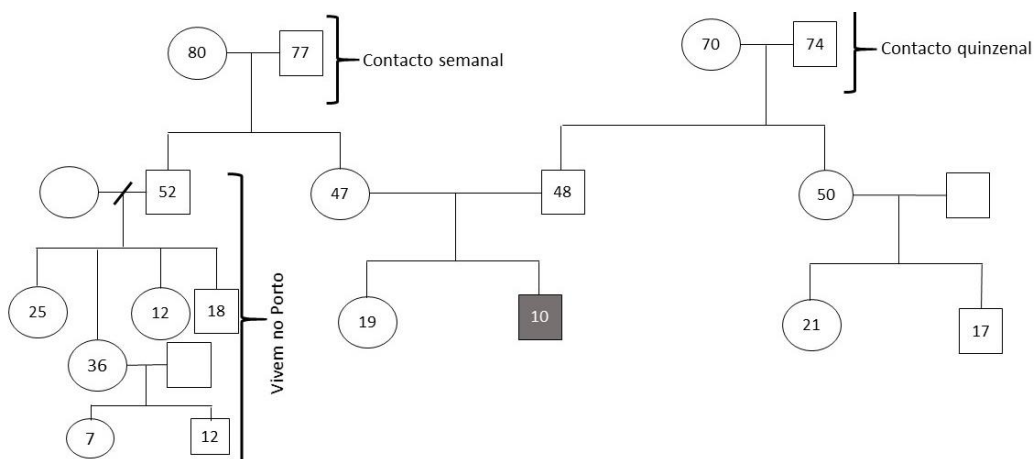


Figura 3: Genograma - Estudo de Caso L.

II.3.2.1 Percurso escolar

Após o período de cuidados com a mãe, avó, creche e pré-escolar o L. ingressa no 1º ano de escolaridade. Neste período existiu maior instabilidade por épocas de ausência do professor, por estar de baixa, verificando-se por isso substituições frequentes. Já no 2º ano, a turma era instável e, como resultado redistribuíram os alunos por diversas turmas, sendo um ano, também, de adaptação. Finalmente no 3º e no 4º ano a turma, no seu conjunto, era mais estável com uma professora considerada como “boa” sic., segundo a mãe.

Posteriormente, no 5º ano verificaram-se comportamentos menos adequados por parte da professora de português que apresentava os cadernos e letra do L. como exemplo “de uma má letra” sic., para a restante turma. Ainda neste ano foi aplicado o Decreto-Lei 3/2008.

Relativamente ao percurso escolar, os pais afirmam que o L. não devia ter passado para o 5º ano por todas as dificuldades que tem (i.e., dificuldades na letra, negativa a matemática e positiva baixa a português). No 1º período deste 5º ano (ano da presente intervenção) o L. teve três em cinco (i.e., satisfaz) em todas as disciplinas à exceção da disciplina de português que teve a cotação de dois, o que corresponde a uma avaliação negativa. No que diz respeito a estes resultados, o pai afirma ter ficado surpreendido.

Também na escola, uma das principais características do L. notadas pelos professores é o desinteresse pelos colegas. Sendo que, os pais afirmam que o L. nos intervalos se mantém afastado dos colegas e a jogar no próprio telemóvel.

II.3.2.2 Percurso clínico

O percurso clínico começa no ano de 2016 (em julho), após o regresso do pai do L. de Timor por indicação do pediatra foi realizada uma avaliação psicológica. Em setembro de 2016 o L. foi, ainda, a uma consulta de neurologia pediátrica e nesse mês começa o seguimento psicológico até maio de 2017. Posteriormente, em julho do mesmo ano teve a primeira consulta de pedopsiquiatria da qual surgiu um pedido de avaliação em psicomotricidade.

Ainda, com base no que foi recolhido em consulta de pedopsiquiatria, com os pais, relativamente ao comportamento quando o L. está frustrado mostra-se furioso, bate com as portas, fica tenso, vermelho e quase a chorar; em situações em que está zangado “é um bocado chato” sic., “não fala, bate com a porta, dá pontapés no cão, fica mal educado” sic.; e, por sua vez quando está triste fica mais parado, “é como quando estou chateado” sic.

Como resultado da avaliação psicológica através da WISC-III, em termos gerais, o L. apresenta resultados mais baixos em provas que apelam à capacidade de aprendizagem e de investimento em novas situações, na capacidade de planeamento e memória imediata. Verificando-se uma diferença entre o desempenho de realização e o desempenho verbal, sendo que este último se apresenta superior. O perfil obtido sugere a presença de fatores emocionais e ligeiro défice de atenção e concentração. Segundo os pais os problemas a nível social verificaram uma melhoria através do acompanhamento psicológico.

Relativamente a outras questões de saúde, existe historial de alterações do sono (i.e., sonambulismo) embora atualmente tenha um sono reparador. Mais recentemente,

surgiu uma tosse sem causas orgânicas, colocando-se a possibilidade de constituir um tique.

II.3.2.3 Encaminhamento para Psicomotricidade

Como já foi anteriormente referido, o encaminhamento para psicomotricidade é realizado no seguimento do acompanhamento de pedopsiquiatria em outubro de 2017 com as seguintes indicações: dificuldades na motricidade fina, queixas relacionadas com a caligrafia, problemas de socialização e interesses restritos.

Este pedido de encaminhamento, como todos os outros foi realizado numa reunião de equipa do SPSMIA e a partir do qual foi realizado o contacto com a família para a marcação da primeira consulta. Esta primeira consulta destina-se, essencialmente, a uma apresentação à família e à criança, onde se realiza uma pequena entrevista informal que permite conhecer melhor o funcionamento familiar e as principais queixas. Também neste primeiro contacto é explicada a importância da psicomotricidade para os problemas apresentados e é combinado um período de avaliação.

II.3.3 Apresentação e discussão dos resultados da avaliação inicial

Com base nas dificuldades e preocupações assinaladas, foram selecionados como instrumentos de avaliação os seguintes: o DRHP, DAP, GOC, BPM e VMI. No total podemos dizer que a aplicação destes instrumentos foi realizada por duas sessões para cada um dos momentos de avaliação (i.e., avaliação inicial e final). É importante salientar que o VMI foi o instrumento aplicado mais tarde (cronologicamente) na avaliação inicial, por existir uma necessidade de avaliação complementar e após discussão em reunião de núcleo de estágio foi planeada a sua aplicação.

Relativamente ao que foi observado e recolhido através da GOC, numa fase inicial, o L. apresentou-se uma criança inibida, insegura e nervosa (e.g. sempre a mexer na fita que tinha ao pescoço), com a qual o primeiro contacto se torna mais difícil por apresentar alguma indiferença em querer saber o nome da Psicomotricista. Sem discurso espontâneo e quando são colocadas questões dá apenas respostas rápidas e curtas, desvalorizando-se constantemente “não sei”, “não consigo” sic. Por vezes, é difícil perceber o que diz, pois, começa a falar muito baixinho, como se falasse para si mesmo. Apresenta alguma resistência ao toque do outro e evita o contacto ocular.

Perante atividades que não vão ao encontro dos seus interesses, o L. é pouco recetivo e não manifesta motivação, expressando sons como “eish!” sic.. Muda

praticamente de imediato a sua postura quando lhe possibilitamos uma exploração livre do espaço, aqui o L. apresentava-se mais ativo e interessado, colocando-se mais à vontade e disponível para estar em relação com o outro, inclusivamente expressa, a nível facial, emoções positivas.

Já relativamente à aplicação da BPM foi realizada uma seleção previa de algumas provas a realizar consoante o encaminhamento feito. Não existindo igualmente uma ordem definida para a realização das provas, uma vez que a vontade e disponibilidade da criança foi sempre respeitada ao longo da avaliação. Através da avaliação foi possível perceber que o L. apresenta maioritariamente uma postura hipertónica, com presença de paratonias ao nível dos membros superiores e de sincinesias bucais, principalmente em tarefas de controlo fino.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração, avaliada através de três parâmetros como a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, foi notória uma realização maioritariamente dispráxica. Especialmente nas tarefas que exigiam uma posição estática, o L. apresentou uma postura muito rígida com movimentos oscilatórios, grandes reequilibrações e quedas abruptas. Especificamente na prova da imobilidade não foi capaz de se manter na posição mais do que 11 segundos e, nas provas de equilíbrio estático apresentou melhores resultados aquando o apoio retilíneo, i.e., 15 segundos, verificando valores muito abaixo do esperado nas restantes provas.

Ao nível do equilíbrio dinâmico, na prova de marcha controlada foram verificadas grandes dificuldades no controlo do movimento mais preciso e de manutenção do equilíbrio. Contrariamente, nas tarefas dos saltos foram apenas verificadas algumas dificuldades quando existe uma diminuição da base de apoio, ou seja, nos exercícios do pé coxinho.

Relativamente à noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil dispráxico. Mais especificamente no sentido cinestésico, onde se observaram algumas hesitações e dificuldades na nomeação de alguns pontos (e.g. cotovelo, joelho, pés, mão, dedos: polegar, indicador, médio, anelar e mindinho), nestes pontos foi averiguada uma necessidade acrescida do L. lhes tocar após o toque da estagiária. Ainda, é importante salientar que existe uma confusão de conceitos entre o joelho e o cotovelo.

O L. ainda não tem adquirida a lateralidade reversível. Apresenta, ainda, uma autoimagem muito pouco consistente, não conseguindo manter o movimento dos braços para a posição inicial, começando a fechar cada vez mais a sua postura e sem conseguir

acertar na ponta do nariz, verificando-se alguns desvios. Finalmente, na imitação de gestos foram apuradas algumas dificuldades em realizar o movimento, existindo incorreções na forma dos dois gestos mais complexos.

Também na estruturação espaço-temporal, na tarefa de organização espacial apurou-se alguma dificuldade em adequar as passadas ao espaço disponível, por forma a fazer o número de passos pretendidos. Na prova de estruturação dinâmica mostrou-se especialmente concentrado, verificando-se erros pouco significativos, inicialmente com presença de impulsividade na realização que foi progressivamente ajustada e a aquisição de uma estratégia de decorar a ordem da direita para a esquerda, contrariamente ao que intuitivamente é feito na leitura (i.e., da esquerda para a direita).

Ao nível da praxia global, foi observado um lançamento imaturo com algumas dificuldades ao nível do controlo e do planeamento visuomotor. Contrariamente, verifica-se um maior controlo e planeamento na coordenação óculo-pedal. Ainda, no que respeita à agilidade é apurada uma dificuldade de realização de movimentos coordenados, não conseguindo terminar a sequência pedida e apresentando uma postura muito robótica.

Por último, ao nível da praxia fina recusou realizar as atividades, aumentando o discurso de desvalorização própria, sendo verificadas dificuldades maioritariamente ao nível da coordenação dinâmica manual, não existindo coordenação e controlo entre os movimentos realizados entre ambas as mãos.

Com base nos resultados obtidos, o perfil obtido oscila entre uma realização dispráxia e eupráxia. O primeiro sugere a existência de dificuldades de aprendizagem ligeiras, podendo sugerir algumas dificuldades ao nível da capacidade e planeamento das ações. Já o segundo perfil indica a existência de dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas, como pode ser melhor observado na Figura 4.

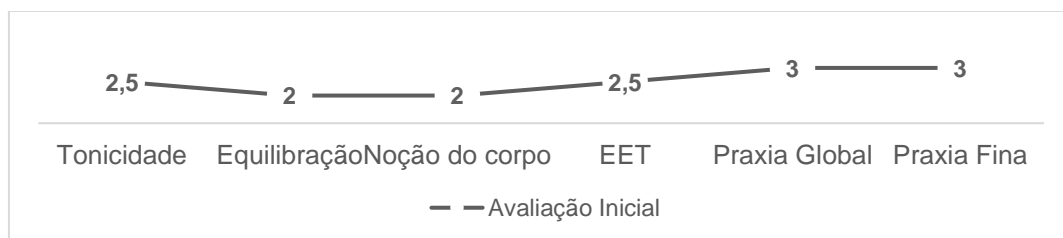


Figura 4: Gráfico resumo da avaliação inicial da BPM – Estudo de Caso L.

A presença de paratonias ao nível dos membros superiores, constitui um fator observável importante que, poderá indicar restrições ao nível da realização de movimentos adequados e precisos. As paratonias poderão influenciar a melodia cinestésica dos movimentos bem como a sua harmonia, como verificámos no perfil do L., mais especificamente na prova da agilidade.

As diferenças verificadas entre as provas de imobilidade, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico parecem indicar que o facto de serem tarefas que impliquem maior movimento tornam-se mais fáceis de executar, embora exista de base uma insegurança gravitacional, encontrando-se por isso num quadro de uma criança instável.

No que respeita ao sentido cinestésico parece não existir segurança na memória cinestésica, necessitando de uma confirmação acrescida para que seja realizada a identificação tátil. Desta forma, a integração tátil poderia estar comprometida o que eventualmente interferia com a coordenação e a elaboração motora mais especializada. Consequentemente foi possível identificar alguma instabilidade e vivência de diversas situações de frustração tanto a nível social como escolar.

Ainda, os aspetos verificados ao nível da autoimagem parecem revelar, por parte do L., uma fraca noção do espaço próprio, baixa autoconfiança e autoestima. Relativamente à noção espaciotemporal é verificada uma fraca organização espacial, não existindo como referência a orientação simbólica da esquerda para a direita.

Já no que respeita à aplicação do DAP, assim que foi solicitada a atividade, o L. referiu que não gostava de desenhar e, por isso, não queria fazer (aderindo apenas através de alguns reforços). É claramente visível a fraca motivação e empenho na tarefa, optando por desenhar todas as figuras apenas com um lápis preto, como é possível observar na Figura 5.

Todas as figuras desenhadas verificam fraca diferenciação entre si, sendo que a única característica que as distinguiu foi o cabelo. Quando questionado sobre os seus desenhos não é feita nenhuma associação às figuras paternas “este é um senhor qualquer” sic. e, inclusivamente, quando lhe é pedido o desenho de si afirma “oh, então é só desenhar como o outro (i.e., o desenho do homem)”sic., não existindo qualquer tipo de personalização.

Os resultados parecem indicar que os desenhos realizados pelo L. apresentam desvios significativos daquilo que pode ser esperado para a idade, não apresentando

qualquer tipo de pormenores nem diferenciação das figuras masculina, feminina e do próprio, classificando-se por isso mesmo, em termos gerais, num desenho imaturo.

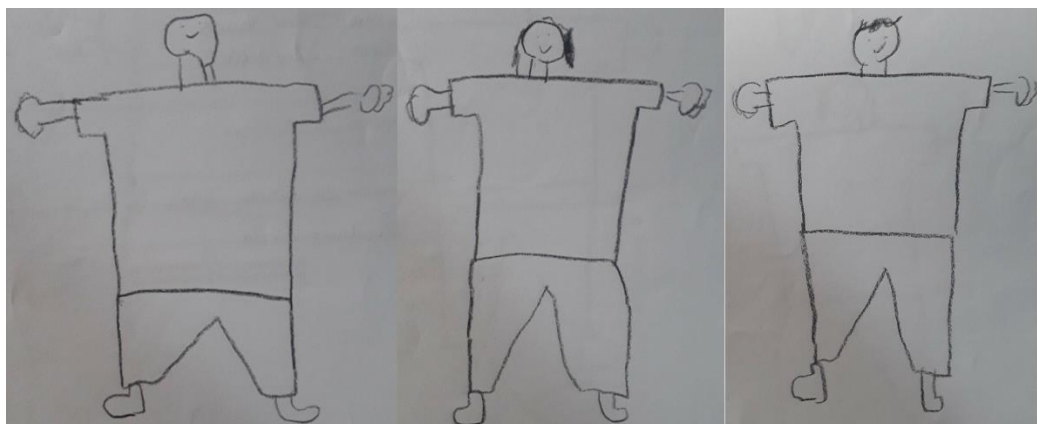


Figura 5: Resultados da avaliação inicial do DAP, desenhos do Homem, Mulher e Próprio, respetivamente – Estudo de Caso L.

O L. perante as suas expressões gráficas fornece indicações de uma autoestima muito debilitada sem qualquer construção da imagem de si, nem de identificação com as figuras paternas.

Ainda, na aplicação do DRHP foi verificada de imediato uma desmotivação acrescida por se relacionar com a escrita, aumentando significativamente o discurso repetitivo onde se mantinham presentes frases como “não sei”, “não me lembro” e “não consigo”. O L. tem como mão dominante a direita, não utilizando a mão oposta para apoiar a folha. Apresenta uma pega tripode que se verifica funcional, embora seja considerada imatura para a idade. Ainda, é verificada uma impulsividade e velocidade na escrita inadequadas, parecendo ter como objetivo diminuir o tempo de permanência neste tipo de atividades.

Nesta avaliação foi verificada uma escrita com características disgráficas, observável na Figura 6, verificando-se grandes alterações no desenho das letras “a”, “o” e “t”. O L. não respeitava as linhas, desenhava as letras ligadas de forma incongruente, não existindo um espaço adequado entre elas que permitisse uma leitura fluente. É importante salientar, o facto do L. não ter escrito o texto com cinco linhas ou mais dificulta a retirada de conclusões desta avaliação, uma vez que não existe consistência suficiente na letra.

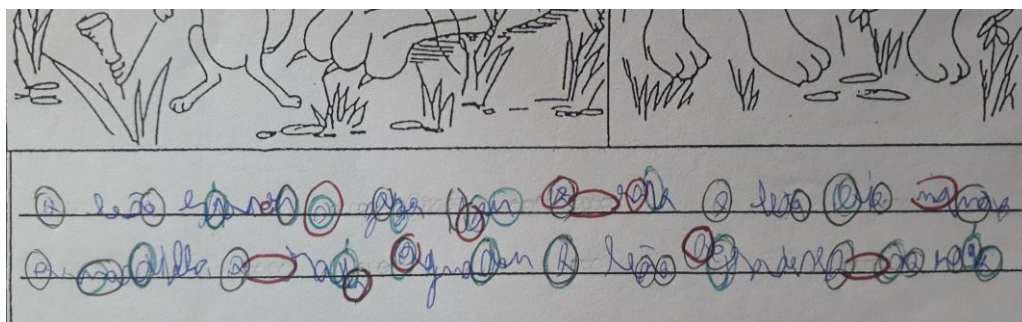


Figura 6: Resultado da avaliação inicial do DRHP – Estudo de Caso L.

Ao nível da expressão escrita, o L. apresentava uma letra com características disgráficas, parecendo existir uma influência emocional muito acentuada neste tipo de tarefas pois aumentavam alguns sinais disfuncionais como a velocidade excessiva e a impulsividade.

Na aplicação das provas do VMI, foi verificada uma mudança na atitude do L., pois não existiu uma associação às competências de escrita. Sendo que, inclusivamente a única figura que o L. identificou como difícil de realizar foi a última (i.e., figura 24 da prova). Em termos globais, é notório um traço pouco definido, a presença de alguns tremores e ainda alguma velocidade excessiva, pouco adequada à tarefa.

Ainda, o L. não fechava os círculos, desenhando-os no sentido da direita para a esquerda, por vezes não definia os ângulos de algumas figuras (e.g., quadrados), apresentava algumas dificuldades na organização espacial em figuras com mais do que um elemento. Os resultados obtidos (podem ser consultados no Anexo R) encontram-se dentro do que poderia ser esperado para a idade, no entanto é pertinente ter em atenção os aspetos anteriormente descritos.

II.3.4 Perfil intraindividual

Partindo dos resultados obtidos, nesta avaliação inicial, foi construído um perfil intraindividual (Tabela 10), onde foram registadas como áreas fortes nos três domínios (i.e., psicomotor, socioemocional e cognitivo): o equilíbrio dinâmico (no que respeita aos saltos), o sentido cinestésico, reconhecimento direita/esquerda, estruturação dinâmica, coordenação óculo-pedal/manual, dismetria, dissociação, tamborilar, estabelecimento de relação, boa expressão não-verbal, compreensão de instruções/indicações e aprendizagem de novas tarefas.

Ainda, como áreas a desenvolver foram observadas as seguintes: tonicidade, equilíbrio estático e imobilidade, marcha controlada, imitação de gestos, autoimagem,

desenho do corpo, noção de lateralidade reversível, organização espacial, agilidade, coordenação dinâmica manual, controlo e precisão da escrita, sentimento de competência (autoestima), tolerância à frustração, expressão verbal de sentimentos e emoções, controlo da impulsividade, flexibilidade cognitiva (discurso muito repetitivo) e memória a médio prazo.

Tabela 10: Perfil intraindividual, mediante a avaliação inicial – Estudo de Caso L.

Domínio	Áreas fortes	Áreas a desenvolver
Psicomotor		Tonicidade
	Equilíbrio dinâmico (saltos)	Equilíbrio estático e imobilidade
		Marcha controlada
	Sentido cinestésico	Imitação de gestos
		Autoimagem
		Desenho do corpo
	Reconhecimento Direita/Esquerda	Noção de lateralidade reversível
	Estruturação dinâmica	Organização Espacial
	Coordenação óculo-pedal/manual	
	Dismetria	Agilidade
Sócio emocional	Dissociação	Coordenação dinâmica manual
	Tamborilar	Controlo e precisão da escrita
		Sentimento de competência (autoestima)
	Estabelecimento de relação	Tolerância à frustração
Cognitivo	Boa expressão não-verbal	Expressão verbal de sentimentos e emoções
	Compreensão de instruções/indicações	Controlo da impulsividade
	Aprendizagem de novas tarefas	Flexibilidade cognitiva (discurso muito repetitivo)
		Memória a médio prazo

Ainda, mediante os resultados deste processo de avaliação, foram encontrados os seguintes fatores de proteção: a boa relação com a irmã, a existência de um acompanhamento psicológico prévio, o aumento dos períodos de presença do pai (nos últimos tempos), a integração recente numa turma estável e a presença frequente dos avós maternos. Como fatores de risco, foram possíveis destacar: os períodos de separação do pai, a pouca disponibilidade (tempo) da mãe, o pouco tempo livre/lazer durante a semana, a introdução na rotina escolar com uma turma instável e, por fim a exigência do pai (e.g. a nível académico).

II.3.5 Plano de intervenção

II.3.5.1 Objetivos de intervenção

Partindo da avaliação realizada e do perfil intraindividual traçado, é essencial que a intervenção esteja assente em objetivos, apenas desta forma se torna uma intervenção psicomotora, por se verificar o fator intencionalidade. Assim, foram construídos objetivos em três domínios distintos, nomeadamente: o psicomotor (Tabela 11), o socioemocional (Tabela 12) e o cognitivo (Tabela 13).

Dentro do domínio psicomotor foram definidos os seguintes objetivos gerais: promover a noção do corpo; promover a competência de organização no espaço e tempo; promover movimentos de agilidade coordenados; aumentar a coordenação dinâmica manual; melhorar o controlo e precisão da escrita; melhorar a capacidade de integração visuo-motora. Todos estes objetivos são melhor especificados com os objetivos específicos a eles associados e que estão disponíveis para consulta na Tabela 11.

Tabela 11: Objetivos de intervenção do domínio psicomotor - Estudo de Caso L.

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a noção do corpo	Melhorar a capacidade de expressão gráfica do corpo e o seu investimento
Promover a competência de organização no espaço e tempo	Aumentar a capacidade de ajustamento da passada para realizar o número de passos desejados
	Promover a capacidade de relatar, por ordem, acontecimentos da sessão anterior
Promover movimentos de agilidade coordenados	Isolar movimentos sequenciais
	Realizar movimentos de acordo com sons produzidos, coordenando movimento ao estímulo sonoro
	Coordenar, progressivamente, membros superiores e membros inferiores
Aumentar a coordenação dinâmica manual	Colocar peças numa plataforma instável, sem que estas caiam
	Diminuir, progressivamente, o tamanho das contas para enfiamentos
	Diminuir o tempo de realização total da prova de coordenação dinâmica manual
Melhorar o controlo e precisão da escrita	Desenhar letras isoladas diminuindo progressivamente o seu tamanho
	Escrever palavras de forma controlada e adequada numa folha pautada, respeitando a linha
	Aumentar a legibilidade da letra escrita, numa pequena composição (história do DRHP)
Melhorar a capacidade de integração visuo-motora	Aumentar a precisão do traço desenhado, i.e., menos tremores, linhas mais retas e ângulos mais definidos
	Realizar círculos no sentido contrário ao ponteiro dos relógios, bem como, começar e terminar o desenho no mesmo ponto

De seguida, no domínio socioemocional foram definidos os seguintes objetivos gerais: promover sentimento de competência (autoestima); promover a capacidade de lidar com a frustração; desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos e emoções. Todos estes objetivos encontram-se diretamente ligados a objetivos específicos, que permitem perceber melhor o que deve ser trabalhado, estando disponíveis para consulta na Tabela 12.

Tabela 12: Objetivos de intervenção do domínio socioemocional - Estudo de Caso L.

Domínio Sócio emocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover sentimento de competência (autoestima)	Melhorar os limites de ação sem comparação direta com o outro
	Aumentar a verbalização de frases positivas sobre si
Promover a capacidade de lidar com a frustração	Desenvolver estratégias quando é vivenciada uma situação frustrante
	Reconhecer que precisa de ajuda e fazer o pedido
	Aumentar a capacidade de identificar a dificuldade
Desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos e emoções	Aumentar a associação verbal de emoções às situações descritas ou vividas em sessão
	Aumentar a capacidade de expressão emocional de experiências vividas, de diversas formas
	Melhorar a capacidade de imitação e reprodução das expressões do outro

Por fim, relativamente ao domínio cognitivo foram estipulados para o L. os seguintes objetivos gerais: desenvolver uma maior flexibilidade cognitiva; promover o controlo da impulsividade; desenvolver a capacidade de memória a médio prazo. Sendo que estes três objetivos gerais são especificados por objetivos específicos que estão disponíveis para consulta na Tabela 13.

Tabela 13: Objetivos de intervenção do domínio cognitivo - Estudo de Caso L.

Domínio Cognitivo	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver uma maior flexibilidade cognitiva	Melhorar a capacidade de exploração do meio
	Aumentar a capacidade de expressão verbal de situações positivas
Promover o controlo da impulsividade	Aumentar, progressivamente, os tempos de espera
	Planear as tarefas/atividades antes de as realizar
Desenvolver a capacidade de memória a médio prazo	Melhorar a capacidade de relembrar a sessão anterior

II.3.5.2 Estratégias de intervenção

Num contexto de intervenção com o objetivo de obter os melhores resultados para a criança, neste caso o L., é importante conhecê-la e estabelecer estratégias que permitam

um melhor processo de intervenção. Desta forma, foram estabelecidas diversas estratégias que serão apresentadas de seguida.

1. Possibilitar a criação de uma relação empática – estratégia que podemos considerar a base de toda a intervenção e que se verifica extremamente importante para todo o processo;
2. Dar tempo/espço para se autorregular – principalmente em momentos de maior frustração o L. apresentava necessidade de ter um espaço/tempo para si de forma a conseguir autorregular-se antes de prosseguir nas tarefas;
3. Explorar atividades nas quais apresente interesse – o tempo de partilha de ideias numa fase inicial de cada sessão permitia perceber os interesses e as ideias que o L. tinha. Desta forma, a exploração destes desejos revela-se importante;
4. Privilegiar a expressão simbólica e enriquecê-la reciprocamente – uma vez que quando o jogo simbólico surgia do outro o L. não apresentava iniciativa/interesse em dar continuidade era importante que a iniciativa de expressão simbólica fosse explorada/enriquecida sempre que surgisse;
5. Valorizar o esforço – apresentar uma visão mais positiva de todas as iniciativas ou participações do L. de forma a que consiga viver/identificar aspetos positivos;
6. Privilegiar a expressão emocional não-verbal – permitir explorar outras formas de expressão que lhe ofereçam uma experiência mais diversificada e ferramentas para que a fixação do discurso não esteja tão presente;
7. Aumentar a possibilidade de identificação com o outro – provocar situações em que o L. consiga perceber que o outro também tem dificuldades;
8. Criar um objeto transitório que possa acompanhá-lo na sessão e fora dela – possibilidade de promover a relação afetiva e de confiança, bem como de criação de um “auxiliar” de memória vivido. Objeto facilitador de momentos de transição;
9. Não privilegiar a utilização de materiais de escrita – forma de vivenciar momentos positivos e agradáveis associados à escrita e ao desenho, sem que exista implicação do material de escrita.

II.3.5.3 Tipo de atividades

As sessões apresentavam um carácter lúdico, sem obrigatoriedade de atividades estipuladas, onde a iniciativa do L. ditava as atividades desenvolvidas. Desta forma, foi sempre possível ir ao encontro dos interesses do L., privilegiando a capacidade de iniciativa e ir adaptando estes aos objetivos de intervenção estipulados. Como tal, surgem atividades como jogos de confiança e de role-playing, jogos simbólicos, atividades de

expressão corporal, expressão artística, gnoso-práticas (atividades que apelem à organização planificada da ação e sua representação), técnicas de consciência corporal.

II.3.6 Apresentação e discussão dos resultados da avaliação final

No momento da avaliação final verifica-se que o L. se apresenta desinibido e ativo. Traz muitas vezes para a sessão ideias para realizar na sessão. Como tal, na sessão destinada para a avaliação como já tinha planeado fazer outras atividades não estava a aderir às propostas. Desta forma, apresenta-se inconstante, porque embora acabe por aderir às atividades, por vezes, questiona se podemos fazer o que planeou. Esta inconstância verifica-se principalmente na falta de atenção inicial na instrução e, posteriormente, quando começa a realizar a atividade, caso o motive, aumenta o seu entusiasmo.

Numa fase intermédia da intervenção verificou-se a presença de um tique (tosse) que se acentuava em situações de maior nervosismo. Posteriormente, foi capaz de se autorregular e de controlar a presença desse mesmo tique. No entanto, mais recentemente foi observada a presença de um tique ocular que se acentua em tarefas relacionadas com a escrita. Neste tipo de atividades, bem como em outras para as quais não tem motivação, o L. optava por as realizar da forma mais rápida possível. Nestes casos, não existia qualquer tipo de cuidado, dedicação ou planeamento.

Perante situações de frustração, o L. apresentava alguma dificuldade em adequar o comportamento, persistindo com reforço, mas altera a sua postura começando a suspirar e afirma “estou cansado, tenho sono” sic.

Apesar disso, quando estava motivado era capaz de planear a atividade e de se esforçar, sem desistir da mesma. Especialmente, perante uma atividade livre o L., atualmente, mostra-se muito mais alegre, espontâneo, estruturado ao nível do planeamento da atividade e mais confiante de si. Reduziu significativamente a frequência com que se desvalorizava, sendo inclusivamente capaz de identificar qualidades em si. Explorava essencialmente os mesmos materiais, mas aceitando explorá-los de formas diferentes, e.g., a bola de pilates e o colchão.

No que respeita aos resultados obtidos pela BPM foi possível perceber que o L. continua a apresentar maioritariamente uma postura hipertónica, embora se verifique uma diminuição na presença de sinais de hipercontrolo.

Mantém o perfil ao nível da equilibração, relativamente à primeira avaliação realizada, apresentando uma realização maioritariamente disprática. Especialmente nas

tarefas que exigiam a imobilidade ou a posição estática, são observadas grandes reequilibrações e quedas abruptas, no entanto, verificou-se um aumento para 25 segundos nesta posição. Contrariamente ao observado no primeiro momento de avaliação, a motivação foi decrescendo e, conseqüentemente, o tempo de manutenção nas provas de equilíbrio estático esteve perto dos dez segundos.

Ao nível do equilíbrio dinâmico, verificou-se uma melhoria no controlo e equilíbrio do movimento, embora ainda sejam visíveis alguns desvios na trajetória. Mantém uma boa execução nas tarefas de equilíbrio dinâmico, no entanto, quando lhe são retiradas as referências visuais apresenta alguma dificuldade e acabando por não conseguir terminar a tarefa.

Relativamente à noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil euprático. Especialmente ao nível do sentido cinestésico mostrou-se mais seguro e confiante nas respostas, verificando-se uma melhoria. Tanto na tarefa da autoimagem como na imitação de gestos, são observáveis melhorias importantes, que demonstram uma maior segurança e confiança.

De igual forma, ao nível da estruturação espacial, foi possível perceber que o L. apresenta uma evolução bastante positiva adquirindo um perfil hiperprático. Assim, na organização espacial verificou-se a adaptação correta da passada, com adequada organização. Tal como na primeira avaliação, mostra um grande entusiasmo e motivação na prova de estruturação dinâmica referindo “isto é muito fácil!” sic., este é um dos exemplos demonstrativos de quando o L. está motivado e atento perante uma atividade tem sempre resultados bastante superiores e que vão ao encontro do seu potencial.

Ao nível da praxia global, é observado um tipo de lançamento mais maduro e eficaz com uma maior capacidade de controlo e planeamento visuomotor. No entanto, os resultados relacionados com a coordenação óculo-pedal parecem estar comprometidos pelo facto de o L. querer fazer a prova descalço. Já na prova de agilidade, foi verificada uma melhoria na realização de movimentos coordenados, conseguindo manter a sequência pedida, embora ainda apresente um movimento pouco melódico.

Por último, ao nível da praxia fina existe uma maior adesão sendo observável uma melhoria ao nível da coordenação dinâmica manual verificando-se um adequado controlo visuomotor. No entanto, na tarefa do tamborilar foram verificadas dificuldades acentuadas, existindo um controlo excessivo que impede a existência de um movimento melódico e mais preciso.

Na presente avaliação (Figura 7) o L. apresenta um perfil maioritariamente eupráxico onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas.

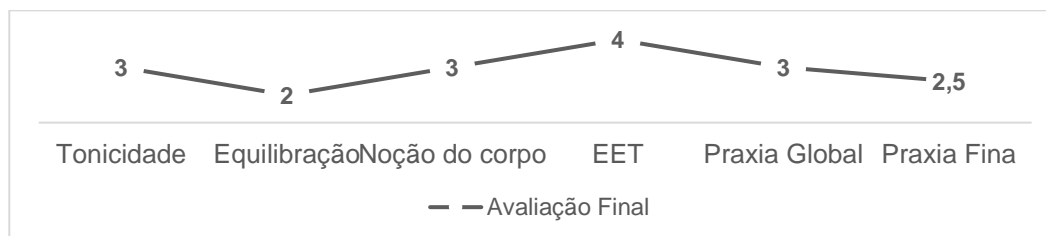


Figura 7: Gráfico resumo da avaliação final da BPM – Estudo de Caso L.

As diferenças que se mantêm entre as provas de imobilidade, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico parecem indicar que tarefas que impliquem maior movimento tornam-se mais fáceis de executar, embora exista de base uma insegurança gravitacional, encontrando-se por isso num quadro de uma criança instável. No caso do L., parece que o facto de estar parado ainda é um fator muito desinquietante.

No que respeita ao sentido cinestésico parece existir uma maior segurança na memória cinestésica, embora ainda sejam observáveis algumas hesitações. De igual forma, parecia existir por parte do L., ainda, alguma insegurança na noção de lateralidade reversível, onde verifica algumas hesitações na resposta. Já ao nível da autoimagem e da imitação de gestos, verificou-se um aumento da segurança e autoestima por parte do L., verificando-se resultados superiores.

Ainda, relativamente à orientação espacial o L. apresenta atualmente uma organização e planeamento claramente superior, esta diferença pode ser justificada pelo aumento da noção de competência, autoestima e autoconfiança do L.

Em relação à praxia fina, por não existirem provas diretamente relacionadas com escrita, existe uma maior adesão por parte do L. e, apesar das dificuldades sentidas, existe uma persistência nas tarefas bastante superior.

Posteriormente, em relação à aplicação do DAP pelo facto de ser uma tarefa com material de escrita, o L. afirmou de imediato que não queria fazer esta tarefa. Desta forma, a motivação e o empenho na tarefa verificam-se comprometidos. Embora tenha optado por escolher um lápis amarelo em vez do lápis de carvão, não se verifica uma grande diversidade cromática.

Todas as figuras desenhadas verificam fraca diferenciação entre si, sendo que utilizou como características diferenciadoras: o cabelo, uma saia na mulher e uma expressão de zangado na cara do próprio L. Quando questionado sobre os seus desenhos, mais uma vez, afirma “são umas pessoas quaisquer” sic. No entanto, pela primeira vez, na sua representação existe uma pequena diferenciação, curiosamente uma expressão emocional que parece representar a forma como se sente a fazer esta atividade.

Os resultados parecem indicar que os desenhos realizados pelo L. mantêm desvios significativos daquilo que pode ser esperado para a idade, classificando-se por isso mesmo, em termos gerais, num desenho imaturo.

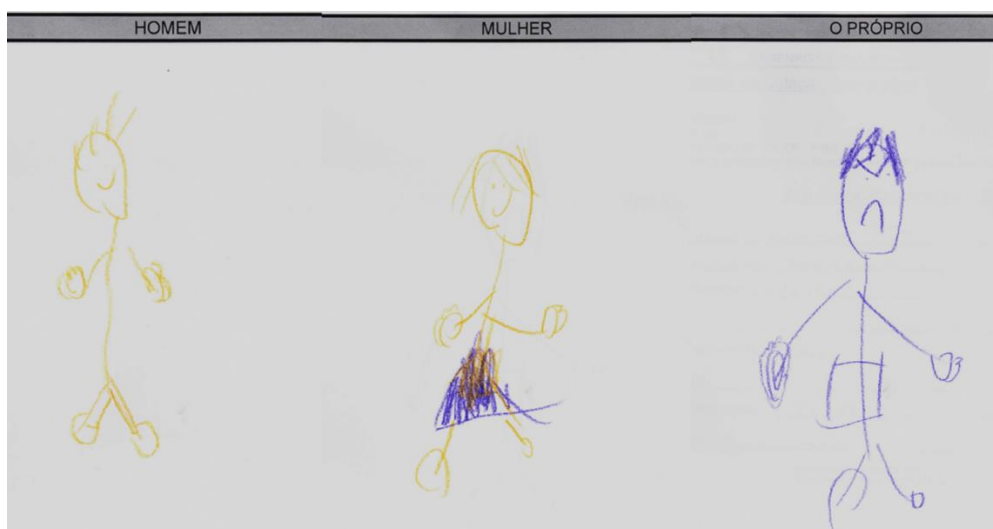


Figura 8: Resultados da avaliação final do DAP, desenhos do Homem, Mulher e Próprio, respetivamente – Estudo de Caso L.

A capacidade de expressão gráfica do corpo, quando pedida através de materiais de escrita, parece ter uma influência emocional negativa existido uma recusa inicial à atividade pela associação a tarefas de escrita. Por estas razões, verificam-se desenhos que estão muito aquém das capacidades do L. e que manifestam alguma dificuldade na capacidade de expressão.

Relativamente à aplicação do DRHP, tal como na prova anterior, o L. tentou adiar a realização e afirmou que não queria fazer, antecipando que “tenho a letra feia” sic. O L. tem como mão dominante a direita, já utiliza a mão oposta para apoiar a folha no decorrer da escrita. Apresenta uma pega tripode que se verifica funcional, embora seja considerada imatura para a idade. Ainda, é verificada impulsividade e velocidade na escrita inadequadas, que podem ser entendidas como estratégias para diminuir o tempo de permanência na atividade. Quando lhe é devolvido que é capaz de fazer uma letra

melhor, rapidamente responde “Esta é a minha letra de férias, quando não me esforço fica assim” sic.

Pelo facto de querer terminar a atividade com alguma rapidez, o L. escreve apenas uma linha e meia de texto, que não permite existir uma consistência na letra que se verifique suficiente para retirar conclusões e realizar uma cotação correta dos erros existentes. No entanto, é possível perceber que o L. mantém a escrita com uma letra com características disgráficas, comprometendo claramente a leitura. Além disso, verificam-se alguns erros ortográficos.

Verificam-se consistentemente erros de conceito e de estilo, nomeadamente a existência de letras incorretamente formadas ou ligadas, erros de espaçamento, características de indistinção resultantes da impulsividade ou falta de atenção. Para além do referido, ao nível dos erros de controlo motor, verifica-se a existência de um alinhamento irregular a palavra.

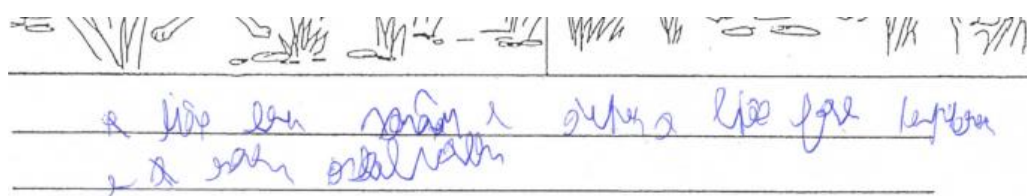


Figura 9: Resultado da avaliação final do DRHP – Estudo de Caso L.

O facto do L. apresentar uma postura diferente em relação a atividades de escrita pode revelar, ainda, alguma imaturidade emocional, associada a experiências sistemáticas de pouco sucesso e repreensão, e.g. a professora de português estar repetidamente a repreendê-lo em frente à turma. Verificando por isso uma postura de recusa pelas atividades de escrita que, futuramente, poderão ser ultrapassadas através de uma melhor autoestima, maior capacidade de experimentar novas atividades e de reconhecer qualidades.

Na aplicação das provas do VMI, foi verificada uma mudança na atitude do L., recordando-se da primeira vez que havia realizado esta prova. Aqui, é importante salientar que até à figura 11 (da prova), inclusive, existiu alguma ponderação e planeamento da tarefa, verificando-se uma melhoria ao nível do controlo motor e da precisão no traço.

No entanto, posteriormente, parece ter alguma dificuldade na manutenção deste padrão de atenção e começa a aumentar a velocidade do desenho e, consequentemente,

alguma falta de planeamento que resulta na realização de figuras com mais erros ao nível da construção e com um traço menos definido. Verificam-se, ainda, algumas dificuldades na organização espacial quando as figuras apresentam mais do que um elemento, maioritariamente de sobreposição extrema. Os resultados obtidos (Anexo R) encontram-se abaixo do que poderia ser expetável para a idade, existindo uma diferença negativa relativamente à prestação obtida numa primeira avaliação.

É importante salientar que, quando o L. parece estar concentrado na tarefa apresenta resultados muito superiores, com melhores capacidades de organização espacial das figuras e de definição dos traços das mesmas. No caso da prova do VMI, esta mudança pode estar, eventualmente, relacionada com o aumento progressivo da dificuldade nas figuras apresentadas.

Apesar de se verificar uma cotação final inferior à primeira avaliação, é importante salientar que o L. quis realizar a prova com uma esferográfica, o que pode ter influenciado alguns dos resultados. Também o facto de ele ter optado por fazer esta prova seguida ao teste do DRHP pode ter verificado uma influência negativa, uma vez que, a prova anterior parece acarretar algum peso em termos emocionais.

II.3.7 Hipóteses explicativas

De forma a compreender melhor o funcionamento e possível origem dos comportamentos presentes no L. bem como o seu funcionamento, são colocadas algumas hipóteses explicativas que vão ao encontro de alguns dados recolhidos nomeadamente os períodos de ausência do pai no percurso do desenvolvimento e a experiência com professores pouco estáveis e com pouca relação empática com os alunos.

Desta forma, é importante perceber que o papel do pai no desenvolvimento da criança e a interação entre pai e filho é um dos fatores decisivos para o desenvolvimento cognitivo e social, facilitando a capacidade de aprendizagem e a integração da criança na comunidade (Mahler, 1993 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011), sendo que o pai tem um papel estruturante (Bellini & Benczik, 2011). O próprio contato corporal entre o bebé e o pai constitui uma referência na organização psíquica da criança, devido à sua função estruturante para o desenvolvimento do ego (Aberastury, 1991 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011).

Quando pensamos na forma como a criança interage nos diversos contextos é igualmente importante perceber que o pai tem um papel de regulação da capacidade de a criança investir no mundo real. Este papel começa a tornar-se fundamental entre os seis

e doze meses, quando se verifica a tríade (Aberastury, 1991 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011). Assim, a presença do pai poderá facilitar à criança a exploração do mundo e da sociedade onde será permitido o acesso à agressividade, à afirmação de si, à capacidade de se defender e de explorar o ambiente (Corneau, 1991 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011).

Desta forma, a ausência paterna pode comprometer o desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança, bem como influenciar o desenvolvimento de perturbações do comportamento (Eizirik e Bergamann, 2004 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011). De igual forma, esta ausência poderá promover, à criança, sentimentos de desvalorização de si mesmas (Ferrari, 1999 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011).

Para além do papel do pai, em si é pertinente salientar a importância dos pais como fonte de uma base segura a partir da qual a criança pode explorar o mundo exterior e a ele retornar caso seja necessário. A consequência dessa relação de apego é a construção (aproximadamente aos três anos) de um sentimento de confiança e segurança da criança em relação a si mesma e, principalmente, em relação àqueles que a rodeiam (Bowlby, 1989 cit. *in* Bellini & Benczik, 2011). Particularmente nesta relação entre pais e filhos, é importante a existência de um estilo de parentalidade positiva numa primeira infância de forma a constituir um fator de proteção para comportamentos de externalização dos seus filhos, mais tarde (Boeldt et al., 2012).

Posteriormente, também o professor tem um papel importante que consiste em agir como intermediário entre os conteúdos da aprendizagem e a atividade construtiva para assimilação dos mesmos (Brait, Macedo, Silva, Silva, & Souza, 2010). Como tal, a relação professor/aluno em meio ao ensino/aprendizagem, depende fundamentalmente, do ambiente estabelecido pelo professor, da relação empática com seus alunos, da sua capacidade de ouvir, refletir, discutir e, ainda, de adquirir um papel de auxílio do desenvolvimento da criança (Brait et al., 2010).

Para as crianças, a presença constante de situações consideradas ameaçadoras (e.g., o facto do L. ser constantemente apresentado à turma como mau exemplo) pode provocar a existência de um sentimento de medo e, por vezes de ansiedade. Ao contrário de um desenvolvimento típico, em que o desenvolvimento cognitivo e um bom controlo emocional permitem o desaparecimento dos medos, nestes casos os medos parecem persistir. Existindo, por isso, não só comprometimentos ao nível da aprendizagem, mas também ao nível do desenvolvimento emocional (National Scientific Council on The Developing Child, 2010).

II.3.8 Conclusões dos resultados obtidos

Como é possível observar através da informação partilhada anteriormente, na apresentação e discussão de resultados, as conclusões retiradas do processo de intervenção poderiam ser ambíguas. No entanto, mediante a experiência vivida nesta intervenção com o L. concluiu-se que os resultados obtidos pelos testes de avaliação, presentes na Tabela 14, não traduzem de forma justa as evoluções do L.

Estes resultados vêm salientar, claramente, a imaturidade emocional do L. que se expressa maioritariamente em situações stressoras como os momentos de avaliação, seja em contexto de sessão quer em contexto escolar.

Tabela 14: Resultados comparativos da avaliação inicial e final – Estudo de Caso L.

Momento de avaliação/Instrumento	BPM	DAP	DRHP	VMI
Inicial	2,5 dispráxico (perfil heterogéneo)	Abaixo da média (valor total bruto = 96)	Ambas as avaliações mostram uma letra com características disgráficas	Corresponde a 10,4 anos
Final	3 euprático (perfil heterogéneo)	"deficiente" (valor total bruto = 83)		Corresponde a 8,9 anos

Ao nível do domínio psicomotor, foram atingidos cerca de 64% dos objetivos específicos que foram propostos, disponíveis para consulta na Tabela 11 e no Anexo S, tais como: colocar peças numa plataforma instável, sem que estas caiam; diminuir, progressivamente, o tamanho das contas para enfiamentos; diminuir o tempo de realização total da prova de coordenação dinâmica manual; desenhar letras isoladas diminuindo progressivamente o seu tamanho; aumentar a precisão do traço desenhado, i.e., menos tremores, linhas mais retas e ângulos mais definidos; melhorar a capacidade de expressão gráfica do corpo e o seu investimento; aumentar a capacidade de ajustamento da passada para realizar o número de passos desejados; isolar movimentos sequenciais; e realizar movimentos de acordo com sons produzidos, coordenando movimento ao estímulo sonoro.

Ainda, do ponto de vista sócio emocional foram atingidos 50% dos objetivos específicos propostos, passíveis de consulta na Tabela 12 e no Anexo S, sendo eles: aumentar a capacidade de identificar a dificuldade; aumentar a associação verbal de emoções às situações descritas ou vividas em sessão; aumentar a verbalização de frases positivas sobre si; e desenvolver estratégias quando é vivenciada uma situação frustrante. Por fim, no domínio cognitivo podemos afirmar que foram atingidos todos os

objetivos específicos propostos para o L., passíveis de consultar na Tabela 13 e no Anexo S.

A evolução observada no L. permite perceber a importância positiva que a intervenção psicomotora teve. Num processo de intervenção que privilegiou a expressão livre e as preferências da criança observou-se uma mudança positiva ao nível da exploração do brincar, na expressão corporal e verbal das suas emoções e de uma maior autoestima e autoconceito que, por sua vez, permitiram a experiência de mais situações de sucesso. Segundo os pais, estas mudanças também foram visíveis na escola e em casa onde o L. se mostrava mais disponível e comunicativo com eles e com os pares, explorando outros interesses e conseguindo ter melhores resultados escolares (i.e., todas as classificações passaram a positivas).

Saliento, por fim, a importância da manutenção do acompanhamento em psicomotricidade, de forma a que as áreas que foram trabalhadas possam verificar alguma consolidação. Existem áreas que requerem, ainda, algum cuidado como: a regulação tónica, o equilíbrio estático, a imobilidade, a capacidade de expressão gráfica, a agilidade, a coordenação dinâmica manual, o controlo e precisão da escrita, o sentimento de competência (em tarefas de escrita) e a tolerância à frustração.

Conclusão

Este foi um ano de descoberta, um ano de desafios, um ano de superação. Mas foi sem dúvida um tempo de crescimento e de conquista. Começo por falar na forma como descobri a Psicomotricidade na saúde mental, através do estágio que realizei em Psiquiatria, na minha licenciatura. Foi dessa forma que adquiri diversas ferramentas extremamente importantes para este estágio em saúde mental em idade pediátrica.

O trabalho e a competição desportiva que, por outro lado, também me acompanharam durante este estágio foram igualmente importantes e determinantes para que eu me mantivesse motivada, empenhada e com mais vontade de fazer melhor.

A Psicomotricidade é uma área que me apaixona e da qual descobri ainda mais encantos depois deste estágio. Foi mágico poder construir mil mundos dentro de uma sala tão pequena, perceber qual é a importância do brincar e a presença de um adulto securizante pode ser tão especial na vida de uma criança/adolescente. Concluo este percurso com um sentimento de dever cumprido por saber que dei o meu melhor a cada um que passou por mim.

Foi importante ver esta área tão bem cimentada no SPSMIA uma vez que externamente parece estar sempre a precisar de confirmações adicionais, pois no que respeita à investigação e consistência científica ainda temos um longo trabalho pela frente. O trabalho previamente realizado pela Dr.^a Lúcia permitiu-me explorar numa base segura, o que foi determinante para que me sentisse à vontade para explorar e inovar, nomeadamente na possibilidade que tive de inovar no SPSMIA construindo um grupo de intervenção para adolescentes.

Do ponto de vista terapêutico, posso afirmar que não foram atingidos todos os objetivos propostos, mas os que alcancei fizeram a diferença, mais do que pensarmos no ponto de vista instrumental, devemos perceber a criança nos seus contextos tornando-se progressivamente mais funcional e sentindo-se mais integrada.

Por fim, gostaria de salientar o quão feliz sou por ter passado por aqui, tornou-me uma melhor pessoa, uma profissional mais completa, uma atleta mais consciente. Pois acredito que recebi mais do que dei e que todos os momentos que tive no SPSMIA me deram oportunidade de crescer e aprender, sem dúvida, com os melhores.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Association American Psychiatric, Ed.), American Psychiatric Publishing (5th ed.). Arlington: New School Library. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Assembleia da República. (1998). Lei nº 36/98 de 24 de Julho Lei de Saúde Mental. *Diário Da República - I Série-A*, I(36/98), 3544–3550. Retirado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/424762/details/normal?q=Lei+nº36%2F98+de+24+de+Julho+Lei+de+Saúde+Mental>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (n.d.). *A Prática da Psicomotricidade com Crianças e Adolescentes em Contexto Pedopsiquiátrico*. Lisboa. Retirado de <https://appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Retrieved November 17, 2016. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). Psicomotricidade. Retirado a 1 de outubro, 2018, de https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/#p_profissionais
- Baranes, C. P. (2009). ADOLESCENCE ET RELAXATION: LE GROUPE, UN CONTENANT THÉRAPEUTIQUE PRIVILÉGIÉ À L'ADOLESCENCE. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 2(53), 79–89. <https://doi.org/10.3917/rppg.053.0079>
- Beery, K. E. (1989). *VMI: Teste do desenvolvimento da integração visuo-motora*.
- Bellini, E., & Benczik, P. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, 28(85), 67–75.
- Boeldt, D. L., Rhee, S. H., DiLalla, L. F., Mullineaux, P. Y., Schulz-Heik, R. J., Corley, R. P., ... Hewitt, J. k. (2012). The Association Between Positive Parenting and Externalizing Behaviour. *Infant and Child Development*, 21, 85–106. <https://doi.org/10.1102/icd>
- Brait, L. F. R., Macedo, K. M. F. de, Silva, F. B. da, Silva, M. R., & Souza, A. L. R. de. (2010). A RELAÇÃO PROFESSOR/ALUNO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM. *Revista Eetrônica Do Curso de Pedagoia Do Campus Jataí - UFG*, 8(1), 1–15.
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. [CHLO]. (n.d.-a). Centro Hospitalar. Retirado de <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/legislacao>
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. [CHLO]. (n.d.-b). História. Retirado a 30 de Dezembro, 2017, de <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/historia>
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. [CHLO]. (n.d.-c). Serviços Clínicos. Retirado a 30 Dezembro, 2017, de <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/servicos-clinicos/64-psiquiatria-e-saude-mental/117-psiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Administração Central do Sistema de*

Saúde. Lisboa.

- Direcção-Geral da Saúde. (2005). Organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência. *Circular Normativa*, (6). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Fonseca, V. da. (2001). Para uma epistemologia da Psicomotricidade. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (Edições FM, pp. 13–28). Lisboa.
- Fonseca, V. da. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. De. (2015). “PARA MIM É FÁCIL”: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS. *Psicologia Saúde & Doenças*, 16(2), 195–206.
- Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., & Grace, E. J. (2016). Language and Speech in Autism. *Annual Review of Linguistics*, 2, 413–425.
- Goldschmidt, T., Marques, C., & Xavier, M. (2018). *Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência*.
- ICD.Codes. (2019). ICD-9-CM Code. Retirado de <https://icd.codes/icd9cm/3130>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Lee, T., Fouras, G., Brown, R., American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, & Committee on Quality Issues. (2015). Practice Parameter for the Assessment and Management of Youth Involved With the Child Welfare System. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(6), 502–517. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.03.005>
- Leite, V. F., Araújo, C. A., & Veiga, L. (2015). Agitação Psicomotora. In D. Leal (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e adolescência: avaliação, compreensão e intervenção* (1ª, pp. 279–308).
- Maia, G. (2011). O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. *Jornal Do Centro*, (60), 4–5.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (Edições FM, pp. 29–40). Lisboa.
- Matos, M. G. de. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. (M. G. de Matos, Ed.) (Edições FM). Lisboa.
- Matos, M. G. de, & Simões, C. (2001). Corpo, Psicomotricidade e Comportamento Social. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (Edições FM, pp. 159–164). Lisboa.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85–95.
- Maximiano, J. (2015). A multidisciplinariedade em pedopsiquiatria: O Papel Do Psicomotricista. In Coisas de Ler Edições (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e adolescência: avaliação, compreensão e intervenção* (1ª, v.1, pp. 541–551).
- Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro. *Diário Da República - I Série-A*, (30), 676–681. Retirado de

- http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei nº 304/2009 de 22 de Outubro. *Diário Da República*, 1.^a Série, I(205). Retirado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/483170/details/maximized>
- Ministério da Saúde. (2010a). Decreto-lei nº 8/2010 de 28 de janeiro. *Diário Da República*, 1.^a Série, (19–28), 257–263. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ministério da Saúde. (2010b). *Despacho nº 9871/2010. Diário da República*, 2.^a série. Retirado de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/D2859DD9-D3BC-4796-93CC-412796B26BAC/0/3212332123.pdf>
- Moura, M., Oliveira, A. S., & Ribeiro, J. P. (2016). *Ontem , hoje e amanhã O Trabalho da Equipa de Pedopsiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira – Intervenção em contexto de Grupos Terapêuticos*.
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP Draw A Person A Quantitative Scoring System*. (M. P. McKenna & B. E. Blaisdell, Eds.) (The Psycho). San Antonio.
- National Scientific Council on The Developing Child. (2010). *Persistent fear and Anxiety can affect young children's learning and development* (No. 9).
- Presidência da República. (1963). Lei nº 2118. *Diário Do Governo*, I(79), 327–332. Retirado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/195442/details/normal?q=Lei+nº+2118>
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105–113.
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2), 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.002>
- Resendes, C., Varela, C., Vieira, F., Ribeiro, J., Santos, M., Martins, R., & Pinote, S. (2016). *Grelha de Observação do Comportamento*.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior Assessment System for Children Manual*. (S. Yanta, Ed.). American Guidance Service.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1994). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.12.021>
- Stott, D. H., Moyes, F. A., & Henderson, S. E. (n.d.). *Diagnóstico e Reeducação dos Problemas de Escrita*.
- Torres, R. M. . R., & Fernández, P. (2001). *Dislexia, Disortografia e Disgrafia*. (McGraw-Hill, Ed.). Amadora.
- Urbano, N., & Sanchez, J. (2015). Adolescência. In Coisas de Ler Edições (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e adolescência: avaliação, compreensão e intervenção* (1^a, v.1, pp. 89–114).

- Valcarce, P. Á. (2009a). Cuerpo y Motricidad: juego y acción corporal en los grupos. In *Manual de Formacion de la Asociacion Española de Psicodrama* (pp. 115–116).
- Valcarce, P. Á. (2009b). Factores Terapéuticos en relación al proceso dinámico grupal. In *Manual de Formacion de la Asociacion Española de Psicodrama* (pp. 365–366).
- Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-smith, M., King, B., Mccracken, J., State, M., ... Committee on Quality Issues. (2014). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2), 237–257. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013>
- World Health Organization. (2002). *RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. Retirado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- World Health Organization. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Retirado de <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F80-F89>

Anexos

Índice de tabelas

Tabela B 1: Calendarização do mês de outubro.....	109
Tabela B 2: Calendarização do mês de novembro.....	109
Tabela B 3: Calendarização do mês de dezembro.....	111
Tabela B 4: Calendarização do mês de janeiro.....	111
Tabela B 5: Calendarização do mês de fevereiro.....	113
Tabela B 6: Calendarização do mês de março.....	114
Tabela B 7: Calendarização do mês de abril.....	116
Tabela B 8: Calendarização do mês de maio.....	117
Tabela B 9: Calendarização do mês de junho.....	119
Tabela C 1:Resumo dos perfis psicomotores resultantes dos pontos obtidos, adaptado de Fonseca (2010).....	120
Tabela C 2:Tarefas da BPM com base na organização de Fonseca (2010).	121
Tabela E 1: Resumo dos perfis e respetivas constituições (Reynolds & Kamphaus, 1992).....	131
Tabela J 1:Organização das dimensões avaliadas na escala "para mim é fácil...", adaptação de Gaspar e Matos (2015).....	171
Tabela S 1: Avaliação dos objetivos gerais e específicos do domínio psicomotor.....	300
Tabela S 2: Avaliação dos objetivos gerais e específicos do domínio Sócio emocional.....	301
Tabela S 3: Avaliação dos objetivos gerais e específicos do domínio cognitivo.....	301

Índice de figuras

Figura R 1:Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 1, 2 e 3.....	292
Figura R 2: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 4, 5 e 6.....	292
Figura R 3: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 7, 8 e 9.....	293
Figura R 4: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 10, 11 e 12.....	293
Figura R 5: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 13, 14 e 15.....	294
Figura R 6: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 16, 17 e 18.....	294
Figura R 7: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 19, 20 e 21.....	295
Figura R 8: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 22, 23 e 24.....	295

Figura R 9: : Resultados VMI - avaliação final das figuras 1, 2 e 3.	296
Figura R 10: Resultados VMI - avaliação final das figuras 4, 5 e 6.	296
Figura R 11: Resultados VMI - avaliação final das figuras 7, 8 e 9.	297
Figura R 12: Resultados VMI - avaliação final das figuras 10, 11 e 12.	297
Figura R 13: Resultados VMI - avaliação final das figuras 13, 14 e 15.	298
Figura R 14: Resultados VMI - avaliação final das figuras 16, 17 e 18.	298
Figura R 15: Resultados VMI - avaliação final das figuras 19, 20 e 21.	299

Anexo A



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.



Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência

GRUPO TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES

Calendário de Sessões

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
	2	2	6 (Férias da Páscoa)	4	1
12	9	9	13	11	8
19	16	16	20	18	15
26	23	23	27	25	
		30 (Férias da Páscoa)			

Horário de funcionamento: entre as 17 e as 18 horas

Número de sessões programadas: 21

Máximo de faltas: 5

Contactos:

Email iprazeres@chlo.min-saude.pt

Tel. 210 431 558

Lisboa, 12 de janeiro 2018

Constança Varela (Psicomotricista)

Giulia Riggi (Pedopsiquiatra)

Anexo B

Tabela B 1: Calendarização do mês de outubro.

Dia	Atividades	Descrição
9	Reunião de estágio	Esclarecimento e início de atividades
10	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
11	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reuniões de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria e apresentação de um caso
12	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
13	Jornadas de Pedopsiquiatria	Apresentações de diversas especialidades sobre diversas problemáticas: esquizofrenia, dependências, parentalidade e famílias e ainda debate sobre novas respostas
16	Consulta de processos	
17	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental
18	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reuniões de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria e apresentação do Programa "Os anos incríveis"
19	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
20	Consulta de processos e Bibliografia	
23	Participação no Encontro da UCF	Tema: Violência ao longo do ciclo de vida
24	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental
25	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reuniões de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria
26	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Sessão de Avaliação	1º avaliação do L.
	Consulta de processos e Bibliografia	
31	Reunião com a orientadora local	Discussão da 1º avaliação do L.
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental

Tabela B 2: Calendarização do mês de novembro.

Dia	Atividades	Descrição
2	Sessões de avaliação	Sessão de avaliação dos casos: A., DA, L. e G.
3	Consulta de processos e atualização de registos	
6	Consulta de processos e Bibliografia	
	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia

7	Ciclo de conferências: "olhares sobre a infância"	Tema: Acolhimento familiar- "Procuo alguém louco por mim"
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação da Legislação de Saúde Mental
8	Consulta de processos e Bibliografia	
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria
9	Sessões de avaliação	Sessão de avaliação dos casos: A., L. e G.
	Consulta de processos e atualização de registos	
10	<i>Ciberstorm</i> "o outro lado da internet"	Seminário que abordou assuntos relacionados com os perigos da utilização descuida da internet
13	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Consulta de bibliografia	
14	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos	
15	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação de Psicomotricidade e Comportamentos Aditivos
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria e apresentação de um caso
16	Atualização de registos e relatórios	
	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., DA, L. e G.
20	Atualização de registos e relatórios	
	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
21	Consulta de processos e atualização de registos	
	Terminar a apresentação individual para o núcleo de estágio	
22	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação de Intervenção Psicomotora em Perturbações do Comportamento Alimentar; Apresentação de um caso clínico
23	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos; Apresentação de um caso clínico e Apresentação da ideia do grupo de adolescentes
27	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., DA, L. e G.
	Sessões de avaliação	Sessões de avaliação dos casos: C. e T.
28	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Consulta de processos e atualização de registos	
28	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia

	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação de Intervenção Psicomotora em Perturbações da vinculação
29	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria e reunião de discussão de casos com a equipa do Desenvolvimento

Tabela B 3: Calendarização do mês de dezembro.

Dia	Atividades	Descrição
4	Atualização de registos e relatórios	
5	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação da Intervenção Psicomotora na Agitação Psicomotora
6	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos
7	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., DA, L. e G.
	Sessões de avaliação	Sessões de avaliação dos casos: C. e T.
11	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Consulta de processos e atualização de registos	
12	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Dúvidas sobre a BASC	Esclarecimento de dúvidas com a orientadora local
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Intervenção individual vs grupal
13	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria. Apresentação de um Caso Clínico e Apresentação do Protocolo de Prescrição de Antipsicóticos para Crianças e Adultos
14	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., DA, L., G. e T.
15	Atualização de registos e relatórios	
18	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia

Tabela B 4: Calendarização do mês de janeiro.

Dia	Atividades	Descrição
2	Atualização da calendarização	
	Planeamento de sessão e funcionamento do grupo de adolescentes	
3	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia

	Reunião de equipa	Discussão de casos; Apresentações de estagiários sobre suicídio, Avaliação e Intervenção; Psicose induzida por consumo de substâncias em Pedopsiquiatria; Perturbações Dissociativas; Reunião com a equipa de Neuropediatria
4	Sessão de Psicomotricidade	Sessão de acompanhamento do caso: A. e C.
	Sessão de discussão de avaliação e acompanhamento	Sessão apenas com o pai da C. para discussão dos resultados de avaliação e do plano terapêutico
8	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos	
9	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Atualização de registos	
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Sessão de internamento. Planificação de reuniões
10	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria
11	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: C., L. e T.
	Consulta de processos e atualização de registos	
12	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatria
15	Consulta de processo para elaboração de apresentação de um caso clínico	Caso clínico escolhido: L.
16	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Atualização de registos	
17	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Reunião com a Equipa de Desenvolvimento e discussão de casos
18	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Consulta de processos e atualização de registos	
19	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatria
22	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Preparação da avaliação	Avaliação inicial para o grupo de adolescentes
	Participação numa primeira consulta de Pedopsiquiatria	Queixas de irrequietude em sala de aula, más notas em algumas disciplinas e comportamentos de oposição em casa
23	Reunião com a professora titular e técnicas da escola (Casa Pia)	Para discussão do caso do DA - será reforçado à mãe a importância da assiduidade na PM
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Caso do L. e sessão.

24	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos
25	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Consulta de processos e atualização de registos	
26	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a estagiária de licenciatura - sessão de avaliação inicial
	Revisão de apresentação de caso	
29	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Telefonemas para os membros do grupo	Perceber as faltas
	Organização de registos e de resultados de avaliação	Relativos ao grupo
30	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Continuação da apresentação: Caso do L. e sessão. Pesquisa de instrumentos de avaliação
31	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos e apresentação sobre mediação familiar
	Planeamento do grupo de adolescentes	Revisão de documentos

Tabela B 5: Calendarização do mês de fevereiro.

Dia	Atividades	Descrição
1	Sessão de Psicomotricidade	Sessão de acompanhamento do caso: A., C., DA, G. e T.
	Atualização de registos	
2	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a pedopsiquiatra
5	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Pesquisa de bibliografia	
6	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Telefonemas para os membros do grupo	Perceber as faltas
	Atualização de registos	
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Caso Clínico e sessão
7	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos e encontro com a equipa de Neuropediatria
8	Sessão de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamento dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos e consulta de processos	

9	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a estagiária de licenciatura
12	Atualização de registos	
14	Reunião de equipa	Discussão de casos e apresentações de trabalhos pelos estagiários de Psiquiatria de Adultos: Transcranial Magnetic Stimulation; Síndrome Maligno dos Neurolíticos
15	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamento dos casos: A., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos	
16	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a pedopsiquiatra
19	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos e pesquisa bibliográfica	
20	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Caso Clínico e sessão
21	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos e apresentação de um caso clínico pela Assistente Social
22	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamento dos casos: A., C., L., G. e T.
23	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a pedopsiquiatra
26	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos e pesquisa bibliográfica	
27	Sessão de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Continuação dos trabalhos da última reunião e discussão de assuntos do funcionamento dos estágios.
28	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Reunião com a equipa de desenvolvimento. Discussão de casos e apresentação de um projeto de investigação para Doutoramento da - Tradução e validação de uma escala para avaliação do stress pós-traumático.

Tabela B 6: Calendarização do mês de março.

Dia	Atividades	Descrição
1	Atualização da calendarização	
	Planeamento de sessão e funcionamento do grupo de adolescentes	
3	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia

	Reunião de equipa	Discussão de casos; Apresentações de estagiários sobre suicídio, Avaliação e Intervenção; Psicose induzida por consumo de substâncias em Pedopsiquiatria; Perturbações Dissociativas; Reunião com a equipa de Neuropediatria
4	Sessão de Psicomotricidade	Sessão de acompanhamento do caso: A. e C.
	Sessão de discussão de avaliação e acompanhamento	Sessão apenas com o pai da C. para discussão dos resultados de avaliação e do plano terapêutico
8	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos	
9	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Atualização de registos	
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Sessão de internamento; planificação de reuniões
10	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos
11	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: C., L. e T.
	Consulta de processos e atualização de registos	
12	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
15	Consulta de processo para elaboração de apresentação de um caso clínico	Caso clínico escolhido: L.
16	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Atualização de registos	
17	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Reunião com a Equipa de Desenvolvimento e discussão de casos
18	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Consulta de processos e atualização de registos	
19	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
22	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Preparação da avaliação	Avaliação inicial para o grupo de adolescentes
	Participação numa primeira consulta de Pedopsiquiatria	Queixas de irrequietude em sala de aula, más notas em algumas disciplinas e comportamentos de oposição em casa
23	Reunião com a professora titular e técnicas da escola	Para discussão do caso do DA - será reforçado à mãe a importância da assiduidade na PM
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Caso do T. e sessão.
24	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia

	Reunião de equipa	Discussão de casos
25	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Consulta de processos e atualização de registos	
26	Atualização de registos	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a estagiária de licenciatura - sessão de avaliação inicial
	Revisão de apresentação de caso	
29	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Telefonemas para os membros do grupo	Perceber as faltas
	Organização de registos e de resultados de avaliação	Relativos ao grupo
30	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Continuação da apresentação: Caso do T. e sessão. Pesquisa de instrumentos de avaliação
31	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos e apresentação sobre mediação familiar
	Planeamento do grupo de adolescentes	Revisão de documentos

Tabela B 7: Calendarização do mês de abril.

Dia	Atividades	Descrição
3	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Poster para o encontro nacional de psiquiatria (APPIA)	Recolha de informação
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: estudo de caso
4	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria e com a Neuropediatria
5	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamento dos casos: A., C., DA, L. e T.
	Atualização de registos	
10	Poster para o encontro nacional de psiquiatria (APPIA)	organização da informação no formato de poster
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - discussão e organização da informação para o poster
11	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos
12	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.

	Consulta de processos e atualização de registos	
	Colaboração com interna de Pedopsiquiatria	Participação em contexto de consulta pedopsiquiátrica no sentido de avaliar informalmente a necessidade de intervenção psicomotora
17	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: estudo de caso
18	Participação no seminário da CPCJ da Amadora	"A criança e o seu direito a ser amada"
19	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos	
20	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
	Atualização do dossier de intervenção	relativo ao grupo de adolescentes
23	Telefonemas para os membros do grupo	Perceber as faltas
24	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: sessão do estudo de caso; Apresentação: estudo de caso
26	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos	
27	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: sessão do estudo de caso; Apresentação da experiência de participação num workshop da intervenção psicomotora
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra

Tabela B 8: Calendarização do mês de maio.

Dia	Atividades	Descrição
2	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Reunião com a equipa de Desenvolvimento Apresentações dos alunos de 5º ano com os temas: <i>screen time</i> e o impacto na infância e na adolescência; Autismo e Epilepsia.
3	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: C., DA, L., G. e T.
4	Atualização dos dados dos casos de intervenção	
	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
7	Realização do poster reflexivo do estágio	No âmbito da semana da reabilitação psicomotora da FMH
	Pesquisa de bibliografia	

8	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: estudo de caso
9	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Reunião com a equipa de Neuropediatria
10	Revisão e entrega o poster reflexivo do estágio	
	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., DA, L., G. e T.
	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos	
11	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
14	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Atualização de registos	
	Troca de experiências de 1º ciclo	Assistir às apresentações
15	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: sessão do estudo de caso; Estudo de caso
16	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Apresentação da Interna de Psiquiatria sobre estimulação cerebral profunda: tratamento da perturbação obsessiva-compulsiva
	Atualização da calendarização	
17	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: C., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos	
18	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
	Atualização de registos	
21	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Telefonemas para os membros do grupo	Perceber as faltas
	Consulta de processos	
22	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Defesa de Relatório de Estágio	Assistir à defesa do relatório do estágio do serviço de pedopsiquiatria dos Açores
	Reunião de Núcleo de estágio	Moderada pelo Profº Dr. Rui Martins com as restantes colegas do núcleo de Saúde Mental - Apresentação: Estudo de caso
23	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Sessão de relaxação dinamizada pelo Professor Dr. Rui Martins
24	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamentos dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos	

25	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
	Atualização de registos	
28	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Revisão bibliográfica	Pesquisa
29	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Atualização de registos	
30	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Discussão de casos com a equipa de desenvolvimento

Tabela B 9: Calendarização do mês de junho.

Dia	Atividades	Descrição
1	Sessão de Grupo de adolescentes	Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
	Atualização dos registos	
4	Reunião de investigação	Com orientação do Professor Rui Martins para delinear um projeto de investigação
5	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Planeamento da avaliação final	Avaliação final do grupo de adolescentes
6	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Reunião com a equipa de Neuropediatria
7	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de avaliação dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualização de registos	
8	Conferência: "Saúde Mental e Qualidade de vida", FMH	Apresentação "Problemas Atuais da Saúde Mental e Psiquiatria" por José Luís Pio Abreu
	Sessão de Grupo de adolescentes	Destinada à avaliação final. Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
11	Contacto com Centro de Estudos	Contacto com a técnica que acompanha o L. no centro de estudos, passagem de algumas estratégias
14	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de avaliação dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualizar registos	
15	Sessão de Grupo de adolescentes	Última sessão, despedida e fecho do ciclo. Em co-terapia com a Pedopsiquiatra
	Atualizar registos	
19	Sessões de Psicomotricidade	Duas sessões em co-terapia
	Pesquisa de bibliografia	
20	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
	Reunião de equipa	Discussão de casos da pedopsiquiatria; Apresentação do trabalho realizado com o Grupo de Adolescentes
21	Sessões de Psicomotricidade	Sessões de acompanhamento dos casos: A., C., DA, L., G. e T.
	Atualização dos registos	
25	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia
26	Sessão de Psicomotricidade	Uma sessão em co-terapia

Anexo C

Caracterização - Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca, 2010

A Bateria Psicomotora (BPM) é um instrumento desenvolvido por Vítor da Fonseca, que não se encontra validado nem padronizado, tem por base uma série de tarefas, que permitem perceber défices psicomotores em crianças entre os quatro e os 12 anos. Com a aplicação da BPM, é possível realizar uma análise do aspeto somático, desvios posturais e controlo respiratório, e dos sete fatores psicomotores (i.e., tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina) (Fonseca, 2010).

O objetivo final da aplicação da BPM é a elaboração de um perfil, de acordo com as dificuldades e áreas fortes que a criança apresentou ao longo das atividades. Assim, será possível fazer um encaminhamento apropriado, em caso de necessidade, ou adaptar a intervenção consoante o perfil obtido (Fonseca, 2010). O perfil obtido depende da pontuação resultante da soma das cotações dadas entre os diversos fatores avaliados. Cada fator corresponde a diferentes tarefas que são avaliadas numa escala entre quatro e um, onde o quatro corresponde à melhor realização possível e o um à realização menos harmoniosa possível. Relativamente à cotação e aos perfis psicomotores correspondentes, segue a seguinte tabela resumo:

Tabela C 1:Resumo dos perfis psicomotores resultantes dos pontos obtidos, adaptado de Fonseca (2010).

Pontos Obtidos	Perfil Psicomotor
27-28	Superior - Sem dificuldades de aprendizagem.
22-26	Bom
14-21	Normal
9-13	Dispráxico - Dificuldades de aprendizagem ligeiras e específicas.
7-8	Deficitário - Dificuldades de aprendizagem significativas, moderadas ou severas.

Os dois perfis psicomotores com pontuação mais elevada, nomeadamente o superior ou o bom traduzem um perfil hiperpráxico, sem dificuldades de aprendizagem específicas e com organização psiconeurológica normal. Já um perfil normal, as crianças não apresentam dificuldades de aprendizagem, podendo existir pontuações mais baixas em tarefas onde apresentam dificuldades, compensadas por pontuações mais elevadas.

Num perfil dispráxico, por norma, verificam-se problemas de equilíbrio, de lateralização e práxicos, traduz uma integração deficitária dos fatores psicomotores em

termos psiconeurológicos que se reflete no planeamento, ação e aprendizagem. Por fim, um perfil deficitário poderá refletir crianças com dificuldades de aprendizagem moderadas ou severas, exibindo sinais disfuncionais claros que traduzem disfunções psiconeurológicas (Fonseca, 2010).

Para perceber melhor de que forma são organizadas e avaliadas as diferentes áreas, segue uma tabela onde sucintamente se encontram expostas as tarefas da BPM com base na organização de Fonseca (2010).

Tabela C 2:Tarefas da BPM com base na organização de Fonseca (2010).

Área avaliada / Fator psicomotor	Provas realizadas	Outras observações
Controlo respiratório	Inspiração e Expiração; Apneia	
Fatigabilidade		Autoavaliação
Tonicidade	Extensibilidade	Membros superiores e inferiores
	Passividade	
	Paratonia	Membros superiores e inferiores
	Diadococinesias	Mão direita e esquerda
	Sincinésias	Bucais e contralaterais
Equilibração	Imobilidade	
	Equilíbrio estático	Apoio retilíneo, ponta dos pés e apoio num pé
	Equilíbrio dinâmico	Marcha controlada, evolução na trave e saltos
Lateralização	Ocular; Auditiva; Manual; Pedal	
	Inata; adquirida	
Noção do corpo	Sentido cinestésico; Reconhecimento direita-esquerda; Autoimagem; Imitação de gestos; Desenho do corpo	
Estruturação espaciotemporal	Organização espacial; Estruturação dinâmica; Representação topográfica; Estruturação rítmica	
Praxia global	Coordenação oculomanual e oculopedal	
	Dismetria	
	Dissociação	Membros superiores e inferiores e agilidade
Praxia fina	Coordenação dinâmica manual; Tamborilar; Velocidade-precisão	

Segundo Fonseca (2010) a aplicação da BPM ronda os 40 minutos e os materiais necessários a aplicação são simples. O registo no decorrer da avaliação é realizado numa folha de registo apropriada, que pode ser consultada de seguida.

BATERIA PSICOMOTORA (BPM)

(Vitor da Fonseca 1975)

Nome: _____ Observador: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade (anos/meses) ____

Data da observação: ____/____/____

Motivo de pedido de avaliação: _____

Perfil Psicomotor

		4	3	2	1	
1ª Unidade	Tonicidade					
	Equilibrção					
2ª Unidade	Lateralizao					
	Noao do Corpo					
	Estruturaao Espaciotemporal					
3ª Unidade	Praxia Global					
	Praxia Fina					

Escala de pontuao:

- | | |
|---|----------------------|
| 1. Realizao imperfeita, incompleta e descoordenada (fraco) | - Perfil aprxico |
| 2. Realizao com dificuldade de controlo (satisfatrio) | - Perfil disprxico |
| 3. Realizao controlada e adequada (bom) | - Perfil euprxico |
| 4. Realizao perfeita, econmica, harmoniosa e bem controlada (excelente) | - Perfil hiperprxico |

Aspeto somtico: ECTO ☐ MESO ☐ ENDO ☐

Controlo Respiratrio:

Inspirao 4 3 2 1

Expirao 4 3 2 1

Apneia 4 3 2 1 Duraao: _____

Fatigabilidade 4 3 2 1

TONICIDADE

Hipotonicidade ☐ Hipertonicidade ☐

Extensibilidade:

Membros inferiores 4 3 2 1

Membros superiores 4 3 2 1

Passividade: 4 3 2 1

Paratonia:

Membros inferiores 4 3 2 1

Membros superiores 4 3 2 1

Diadococinesias:

Mão direita 4 3 2 1

Mão esquerda 4 3 2 1

Sincinésias:

Bucais 4 3 2 1

Contralaterais 4 3 2 1

EQUILIBRAÇÃO

Imobilidade 4 3 2 1 Tempo: ____

Equilíbrio estático:

Apoio retilíneo 4 3 2 1 Tempo: ____

Ponta dos pés 4 3 2 1 Tempo: ____

Apoio num pé D ☐ E ☐ 4 3 2 1 Tempo: ____

Equilíbrio dinâmico:

Marcha controlada 4 3 2 1

Evolução no banco

para a frente 4 3 2 1

para trás 4 3 2 1

do lado direito 4 3 2 1

do lado esquerdo 4 3 2 1

Salto

Pé coxinho esquerdo 4 3 2 1

Pé coxinho direito 4 3 2 1

Pés juntos para a frente 4 3 2 1

Pés juntos para trás 4 3 2 1

Pés juntos com olhos fechados 4 3 2 1

LATERALIZAÇÃO

	E	D	Observações
Ocular			
Auditiva			
Manual			
Pedal			
Inata			
Adquirida			

NOÇÃO DO CORPO

Sentido Cinestésico..... 4 3 2 1

4-5 anos: ☐ Nariz; ☐ Queixo; ☐ Olhos; ☐ Orelha; ☐ Ombro; ☐ Cotovelo; ☐ Mão; ☐ Pé

6 ou +: ☐ Testa; ☐ Boca; ☐ Olho dir.; ☐ Orelha esq.; ☐ Pescoço; ☐ Ombro esq.; ☐ Cotovelo dir.;

☐ Joelho esq.; ☐ Pé dir.; ☐ Pé esq.; ☐ Mão esq.; ☐ Polegar dir.; ☐ Indicador dir.; ☐ Médio dir.;

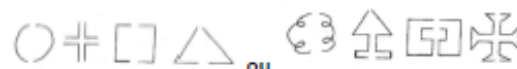
☐ Anelar dir.; ☐ Mindinho dir.

Reconhecimento (d-e)..... 4 3 2 1

a) ☐ b) ☐ c) ☐ d) ☐ e) ☐ f) ☐ g) ☐ h) ☐

Auto-imagem (face)..... 4 3 2 1

Imitação de gestos..... 4 3 2 1



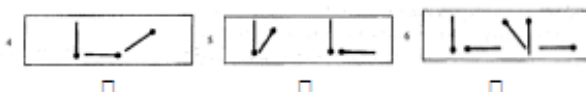
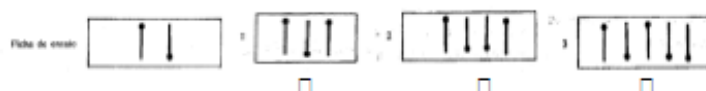
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Desenho do corpo..... 4 3 2 1

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

Organização..... 4 3 2 1

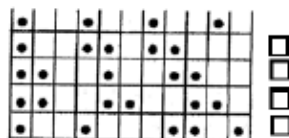
Estruturação dinâmica..... 4 3 2 1



Representação topográfica..... 4 3 2 1

Estruturação rítmica..... 4 3 2 1

- 1 (ensaio)
- 2 (para cotação)
- 3 (para cotação)
- 4 (para cotação)
- 5 (para cotação)



PRAXIA GLOBAL

Coordenação óculo-manual..... D □ E □ 4 3 2 1

Coordenação óculo-pedal..... D □ E □ 4 3 2 1

Dismetria..... 4 3 2 1

Dissociação:

Membros superiores..... 4 3 2 1

□ 2 MD, 2 ME □ 2 MD, 1 ME □ 1 MD, 2 ME □ 2 MD, 3 ME

Membros inferiores..... 4 3 2 1

□ 1 MD, 2 ME, 1 PD, 2 PE □ 2 MD, 1 ME, 2 PD, 1 PE □ 2MD, 3ME, 1 PD, 2 PE

Agilidade..... 4 3 2 1

PRAXIA FINA

Coordenação Dinâmica Manual..... 4 3 2 1

Tempo composição: ____ Tempo decomposição: ____ Tempo total: ____

Tamborilar..... 4 3 2 1

Velocidade-precisão..... 4 3 2 1

Número de pontos..... 4 3 2 1

Nº de pontos: ____

Número de cruces..... 4 3 2 1

Nº de cruces: ____

Outras Observações:

Anexo D

Caracterização - Draw a Person de Jack Naglieri, 1988

O Draw a Person (DAP) é um teste com pontuação quantitativa, aplicado ao desenho da figura humana. Consiste na execução gráfica de três provas num tempo máximo de cinco minutos para cada uma, o desenho do homem, da mulher e próprio indivíduo, dirige-se a crianças dos cinco aos 17 anos de idade (Naglieri, 1988).

O DAP foi desenvolvido para consistir numa medida de avaliação não-verbal de competências, num curto espaço de tempo. Este instrumento pode ser utilizado como parte de um conjunto de testes, para despiste, ou isoladamente. Outro dos objetivos do DAP relaciona-se com a construção de um sistema de cotação que reduz as influências culturais. Por fim, a redução da subjetividade conjugado com o aumento da confiabilidade pela realização de três desenhos (Naglieri, 1988).

A cotação do DAP considera 14 parâmetros que se encontram divididos em diferentes categorias, importando a presença, o detalhe e a proporcionalidade, somando um ponto quando os anteriores estão presentes. Coloca de lado fatores como a precisão, o realismo e/ou a estética do desenho. Os itens a avaliar, vão ao encontro dos 14 parâmetros anteriormente referidos e são: os braços, as ligações entre elementos, as roupas, as orelhas, os olhos, os pés, os dedos das mãos, o cabelo, a cabeça, as pernas, a boca, o pescoço, o nariz e o tronco (Naglieri, 1988).

Embora os resultados se encontrem padronizados, não o são para a população portuguesa, pelo que a utilização do DAP deve ser cuidada (Naglieri, 1988). Um exemplar da folha de resposta estará disponível de seguida.

DAP

DESENHO DE UMA PESSOA

Um Sistema de Cotação Quantitativo

Jack A. Naglieri

Tradução de:

NEOPRAXIS - DEER - FMH - UTL,
com a colaboração de Nuno Cabral e M^a Helena Sousa

FOLHA DE RESPOSTA

Nome _____

Género _____ Idade _____

Data de Nascimento _____

Escola _____

Ano de Escolaridade _____

Professor _____

Data da Observação _____

Examinador _____

THE PSYCHOLOGISTS CORPORATION
HARCOURT BRACE JOVANOVIĆ, Inc

HOMEM

MULHER

O PRÓPRIO

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 A B C D E

Anexo E

Caracterização - Behaviour Assessment Scale for Children de Cecil Reynolds e Randy Kamphaus, 1992

A Behaviour Assessment Scale for Children (BASC) foi um instrumento construído por Reynolds e Kamphaus (1992), de forma a possibilitar uma avaliação formal e multidimensional ao nível do comportamento e da auto percepção. A BASC é aplicável a indivíduos de idades compreendidas entre os quatro e os 18 anos, com aplicação possível em contexto de grupo ou individual (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Este instrumento é caracterizado pela diversidade de versões para recolha de informação complementar, nomeadamente: versões para pais, outras para professores e versões de autopreenchimento. A BASC tem como objetivo a simplificação da classificação diagnóstica e educacional, abrangendo um espectro de perturbações emocionais e do comportamento, servindo igualmente como uma ferramenta na construção dos planos terapêuticos (Reynolds & Kamphaus, 1992).

As escalas de heteroavaliação encontram-se adaptadas e divididas conforme três grupos etários, nomeadamente o pré-escolar (entre os quatro e os cinco anos), as crianças (entre os seis e os 11 anos) e os adolescentes (entre os 12 e os 18 anos). A forma como a avaliação está organizada pretende que a descrição dos comportamentos observáveis seja realizada com base na frequência da mesma, i.e., a resposta é dada consoante os seguintes níveis de frequência de observação do comportamento: 0-Nunca; 1-Ocasionalmente; 2-Frequentemente; e 3-Sempre.

Partindo desta classificação é possível estabelecer os perfis clínico e adaptativo. De forma a melhor compreender a constituição de ambos, as componentes ou áreas avaliadas e as respetivas escalas que englobam, seguem-se na Tabela E 1.

Tabela E 1: Resumo dos perfis e respetivas constituições (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Perfil	Componentes/áreas	Escalas
Clínico	Problemas externalizados	Agressividade; Hiperatividade
	Problemas internalizados	Ansiedade; Depressão; Somatização
	Adicional às componentes anteriores	Atipicidade; Tendência para o isolamento; Problemas de atenção
	Índice dos sintomas comportamentais	Soma dos resultados obtidos nas escalas: agressividade; hiperatividade; ansiedade; depressão; atipicidade; tendência para o isolamento
Adaptativo	Competências adaptativas	Adaptabilidade; Competências sociais

A interpretação dos perfis obtidos deve ter em conta as seguintes observações: no perfil clínico, quanto maior for o valor obtido maior será a relação com perfis clínicos que carecem de cuidados, sendo considerados valores de risco aqueles se sejam iguais ou superiores a 60 e valores clinicamente significativos aqueles sejam iguais ou superiores a 70; no perfil adaptativo, a interpretação realizada deverá seguir a ordem oposta, ou seja, quanto menores forem os valores maior será a preocupação do ponto de vista clínico. Desta forma, valores iguais ou menores de 40 são considerados de risco e valores iguais ou menores que 30 são considerados como clinicamente significativos (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A BASC já se encontra traduzida para português, mas não está aferida à população portuguesa, como tal, a análise resultante deverá ser realizada com precaução. De seguida, é possível consultar as folhas de resposta tanto da versão para pais como da versão para professores, para idades entre os quatro e os cinco anos, pois foram as versões utilizadas no contexto de intervenção.

BASC

(Behavior Assessment System for Children)

Escala de Avaliação para Pais EAPais (4-5)

Cecil R. Reynolds e Randy W. Kamphaus

Instruções

As páginas seguintes apresentam frases que descrevem como é que as crianças podem agir. Por favor, leia cada uma das frases e assinale a resposta que melhor descreve a forma como esta criança agiu, durante os últimos seis meses. Se o comportamento se alterou significativamente durante este período, descreva o comportamento apresentado mais recentemente pela criança.

Assinale **N** com um círculo, se o comportamento **nunca** ocorreu.

Assinale **O** com um círculo, se o comportamento ocorre **ocasionalmente**.

Assinale **F** com um círculo, se o comportamento ocorre **frequentemente**.

Assinale **S** com um círculo, se o comportamento ocorre **quase sempre**.

Por favor responda a todos os itens. Se não souber responder ou estiver indeciso, responda de acordo com a sua melhor estimativa.

Antes de começar, preenche os dados de identificação solicitados na parte superior da página seguinte.

Como Assinalar as Suas Respostas

Utilize um lápis afiado ou uma esferográfica. Não use caneta de feltro nem marcador. Assinale claramente com um círculo a resposta seleccionada, de acordo com o seguinte exemplo:

N ☒ O F S

Se quiser alterar a sua resposta, efectue uma cruz sobre ela, e assinala com um círculo a nova resposta. Eis um exemplo.

N ☒ O F ☒ S

AGS ®

© 1992, American Guidance Service, Inc.

Nome da Criança _____
 Data _____ Data de nascimento _____ Idade _____
 Escola _____ Ano _____
 Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Outros _____
 Nome do Observador _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 Grau parentesco
☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor ☐ Outro _____

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente
N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1.	Partilha brinquedos e pertences com outras crianças	N O F S	34.	Queixa-se quando lhe pedem para fazer coisas diferentes	N O F S
2.	Discute com os pais	N O F S	35.	Crítica os outros	N O F S
3.	É demasiado sério	N O F S	36.	Diz "eu não sou muito bom nisto"	N O F S
4.	Distrai-se facilmente	N O F S	37.	Ouve atentamente	N O F S
5.	Ingere coisas que não são comida	N O F S	38.	Balbucia para si próprio	N O F S
6.	Diz "ninguém gosta de mim"	N O F S	39.	Fica triste	N O F S
7.	Age sem pensar	N O F S	40.	Interrompe os outros quando estão a falar	N O F S
8.	Tem um contacto visual adequado	N O F S	41.	Diz "por favor" e "obrigado"	N O F S
9.	Vai frequentemente ao médico	N O F S	42.	Queixa-se acerca da sua saúde	N O F S
10.	Tem dificuldades em fazer amigos	N O F S	43.	Recusa juntar-se às actividades de grupo	N O F S
11.	Gagueja	N O F S	44.	Dorme com os pais	N O F S
12.	Tem dificuldade em estabelecer ligações de uma tarefa para outra	N O F S	45.	Adapta-se facilmente às mudanças de rotina	N O F S
13.	É cruel com os animais	N O F S	46.	Culpa os outros	N O F S
14.	Preocupa-se com o que os pais pensam	N O F S	47.	Diz "tenho medo de fazer uma asneira"	N O F S
15.	Usa uma linguagem inadequada	N O F S	48.	Tem pouca capacidade de atenção	N O F S
16.	Ouve sons que não existem	N O F S	49.	Balança-se por longos períodos de tempo	N O F S
17.	Mostra má vontade	N O F S	50.	Amua	N O F S
18.	Fica agitado quando viaja de carro	N O F S	51.	Não espera pela sua vez	N O F S
19.	Tem sentido de humor	N O F S	52.	Responde quando se fala com ele	N O F S
20.	Tem dores de cabeça	N O F S	53.	Queixa-se de ter dores	N O F S
21.	Evita competir com outras crianças	N O F S	54.	É tímido com outras crianças	N O F S
22.	Tem problemas nos olhos	N O F S	55.	Tem problemas auditivos	N O F S
23.	Discute quando é contrariado	N O F S	56.	Ameaça magoar os outros	N O F S
24.	Tem medo de morrer	N O F S	57.	Fica muito preocupado quando perde coisas	N O F S
25.	Repete um pensamento sistematicamente	N O F S	58.	Tem devaneios	N O F S
26.	Chora facilmente	N O F S	59.	Diz "isso não é justo"	N O F S
27.	Trepa as coisas	N O F S	60.	Tenta chamar a atenção na presença de visitas	N O F S
28.	Tem boas maneiras à mesa	N O F S	61.	Inicia conversas de forma apropriada	N O F S
29.	Tem problemas de estômago	N O F S	62.	Tem infecções nos ouvidos	N O F S
30.	Tem convulsões	N O F S	63.	Evita outras crianças	N O F S
31.	Estraga objectos de outras crianças	N O F S	64.	Queixa-se de ser arreliado	N O F S
32.	É muito barulhento quando brinca	N O F S	65.	Fica agitado quando vê filmes	N O F S
33.	Vomita	N O F S	66.	Tem reacções alérgicas	N O F S

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente
F - Frequentemente S - Sempre

67.	Adapta-se bem a novos professores e outros prestadores de cuidados	N O F S	100.	Fica muito preocupado quando deixado sozinho numa nova situação	N O F S
68.	Magoa os outros	N O F S	101.	Refila com os pais	N O F S
69.	É nervoso	N O F S	102.	Preocupa-se com o que os professores pensam	N O F S
70.	Desiste facilmente quando aprende coisas novas	N O F S	103.	Desiste facilmente	N O F S
71.	Parece alheio à realidade	N O F S	104.	Diz "eles estão a tentar ajustar contas comigo"	N O F S
72.	Queixa-se de estar cansado	N O F S	105.	Muda de humor rapidamente	N O F S
73.	Necessita de muita supervisão	N O F S	106.	Quando vai às compras mexe em tudo	N O F S
74.	Cumprimenta os outros	N O F S	107.	Sorri para os outros	N O F S
75.	Tem febre	N O F S	108.	Toma medicamentos	N O F S
76.	Mostra medo de estranhos	N O F S	109.	Inicia facilmente conversas com pessoas que acabou de conhecer	N O F S
77.	Brinca com o fogo	N O F S	110.	Tem acidentes nos cuidados próprios e de higiene	N O F S
78.	Experimenta coisas novas	N O F S	111.	Ri às gargalhadas	N O F S
79.	Bate noutras crianças	N O F S	112.	Aborrece os outros	N O F S
80.	Preocupa-se com situações que não podem ser alteradas	N O F S	113.	Diz "é tudo culpa minha"	N O F S
81.	Tem dificuldades de concentração	N O F S	114.	Esquece-se de objectos	N O F S
82.	Tenta magoar-se	N O F S	115.	Tem ideias estranhas	N O F S
83.	Diz "quero ficar sozinho" ou "eu gosto de estar sozinho"	N O F S	116.	Diz "eu quero morrer" ou "eu gostava de estar morto"	N O F S
84.	É excessivamente activo	N O F S	117.	Levanta-se durante as refeições	N O F S
85.	Oferece-se para ajudar	N O F S	118.	Encoraja os outros a fazer o seu melhor	N O F S
86.	Queixa-se de estar com frio	N O F S	119.	Fica constipado	N O F S
87.	Recusa-se a falar	N O F S	120.	É tímido com os adultos	N O F S
88.	Explora novos espaços	N O F S	121.	É um bom desportista	N O F S
89.	Chama nomes às outras crianças	N O F S	122.	Dá ordens aos outros	N O F S
90.	Preocupa-se	N O F S	123.	É medroso	N O F S
91.	Mostra-se inexpressivo	N O F S	124.	Vê coisas que não existem	N O F S
92.	Transorna-se facilmente	N O F S	125.	Lamenta-se	N O F S
93.	Tem acessos de mau-humor	N O F S	126.	Grita	N O F S
94.	Pede ajuda educadamente	N O F S	127.	Dá os parabéns aos outros quando lhes acontecem coisas boas	N O F S
95.	Queixa-se de dificuldades em respirar	N O F S	128.	Queixa-se de tonturas ou vertigens	N O F S
96.	Procura a protecção dos pais em ambientes estranhos	N O F S	129.	Fica muito perto dos familiares em locais públicos	N O F S
97.	Apresenta tremores	N O F S	130.	Oferece ajuda a outras crianças	N O F S
98.	Interrompe os pais quando estes estão a falar ao telefone	N O F S	131.	Dispersa-se com pequenas coisas durante as refeições	N O F S
99.	Faz chichi na cama	N O F S			

Por favor, confirme se marcou todos os itens

BASC

(Behavior Assessment System for Children)

Escala de Avaliação para Professores EAProf (4-5)

Cecil R. Reynolds e Randy W. Kamphaus

Instruções

As páginas seguintes apresentam frases que descrevem como é que as crianças podem agir. Por favor, leia cada uma das frases e assinale a resposta que melhor descreve a forma como esta criança agiu, durante os últimos seis meses. Se o comportamento se alterou significativamente durante este período, descreva o comportamento apresentado mais recentemente pela criança.

Assinale **N** com um círculo, se o comportamento **nunca** ocorreu.

Assinale **O** com um círculo, se o comportamento ocorre **ocasionalmente**.

Assinale **F** com um círculo, se o comportamento ocorre **frequentemente**.

Assinale **S** com um círculo, se o comportamento ocorre **quase sempre**.

Por favor responda a todos os itens. Se não souber responder ou estiver indeciso, responda de acordo com a sua melhor estimativa.

Antes de começar, preenche os dados de identificação solicitados na parte superior da página seguinte.

Como Assinalar as Suas Respostas

Utilize um lápis afiado ou uma esferográfica. Não use caneta de feltro nem marcador. Assinale claramente com um círculo a resposta seleccionada, de acordo com o seguinte exemplo:

N ☒ O F S

Se quiser alterar a sua resposta, efectue uma cruz sobre ela, e assinala com um círculo a nova resposta. Eis um exemplo.

N ☒ O F ☒ S

AGS ®

© 1992, American Guidance Service, Inc.

Nome da Criança _____
 Data _____ Data de nascimento _____ Idade _____
 Escola _____ Ano _____
 Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 Outros _____

Nome do Observador _____
 Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 Grau parentesco _____
☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor ☐ Outro _____

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente
 N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1.	Experimenta coisas novas	N O F S
2.	Magoa os outros	N O F S
3.	Preocupa-se	N O F S
4.	Tem um baixo nível de vigilância	N O F S
5.	Mostra-se inexpressivo	N O F S
6.	Queixa-se de estar cansado	N O F S
7.	Exclui os outros nas actividades em grupo	N O F S
8.	Tem sentido de humor	N O F S
9.	Tem infecções nos ouvidos	N O F S
10.	Recusa-se a participar em actividades de grupo	N O F S
11.	Argumenta quando contrariado	N O F S
12.	Dá ordens aos outros	N O F S
13.	Rói as unhas	N O F S
14.	Tem acessos de mau humor	N O F S
15.	Tem ideias estranhas	N O F S
16.	E triste	N O F S
17.	Fala demasiado alto	N O F S
18.	Diz "por favor" e "obrigado"	N O F S
19.	Queixa-se de sentir frio	N O F S
20.	Tem dificuldades em fazer novos amigos	N O F S
21.	Discute com os amigos	N O F S
22.	Tem problemas de visão	N O F S
23.	Tenta magoar-se	N O F S
24.	Altera o humor rapidamente	N O F S
25.	Gagueja	N O F S
26.	Tem problemas de audição	N O F S
27.	Bate repetidamente com o pé ou lápis	N O F S

28.	Partilha brinquedos ou pertences com outras crianças	N O F S
29.	Prejudica o jogo das outras crianças	N O F S
30.	Procura chamar a atenção dos adultos	N O F S
31.	Tem dificuldades em concentrar-se	N O F S
32.	Brinca com os seus órgãos sexuais	N O F S
33.	Diz "ninguém gosta de mim"	N O F S
34.	Grita	N O F S
35.	Encoraja os outros a darem o seu melhor	N O F S
36.	Queixa-se de dores	N O F S
37.	Recusa-se a falar	N O F S
38.	Tem problemas em estabelecer ligações entre tarefas	N O F S
39.	Bate nas outras crianças	N O F S
40.	E nervoso	N O F S
41.	Esquece-se de coisas	N O F S
42.	Vê coisas que não existem	N O F S
43.	Queixa-se de o arreliarem	N O F S
44.	Importuna as outras crianças enquanto trabalham	N O F S
45.	Oferece ajuda às outras crianças	N O F S
46.	Tem febre	N O F S
47.	E tímido com adultos	N O F S
48.	Aborrece os outros	N O F S
49.	Diz "eu não sou muito bom a fazer isto"	N O F S
50.	Balbucia consigo próprio	N O F S
51.	Fica desapontado durante muito tempo se a sua actividade preferida é interrompida	N O F S
52.	Tem acidentes nos cuidados próprios e de higiene	N O F S
53.	Queixa-se de problemas de saúde	N O F S
54.	Age de forma disparatada	N O F S

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente
F - Frequentemente S - Sempre



55.	E bom desportista	N O F S	84.	Fica muito chateado quando perde coisas	N O F S
56.	Discute quando é contrariado	N O F S	85.	Desiste facilmente na aprendizagem de algo novo	N O F S
57.	E demasiado sério	N O F S	86.	Remexe em coisas como o próprio cabelo, unhas ou roupa	N O F S
58.	Ouve atentamente	N O F S	87.	Fica frustrado facilmente	N O F S
59.	Ingere coisas que não são comida	N O F S	88.	Faz muito barulho enquanto brinca	N O F S
60.	Diz "eu quero morrer" ou "quem me dera estar morto"	N O F S	89.	Cumprimenta os outros	N O F S
61.	Interrompe os outros quando eles estão a falar	N O F S	90.	Toma medicamentos	N O F S
62.	Felicita os outros quando lhes acontecem coisas agradáveis	N O F S	91.	Brinca sozinho	N O F S
63.	Fica doente	N O F S	92.	Adapta-se bem a novos professores	N O F S
64.	E escoluido em último lugar pelas outras crianças para jogar	N O F S	93.	Responde aos professores	N O F S
65.	É teimoso	N O F S	94.	Tem frequentemente as mãos suadas	N O F S
66.	Danifica as coisas das outras crianças	N O F S	95.	Ouve instruções	N O F S
67.	Diz "isso não resulta"	N O F S	96.	Brinca na casa de banho	N O F S
68.	Distrai-se facilmente	N O F S	97.	Diz, "Eu não tenho amigos"	N O F S
69.	Parece fora do contacto com a realidade	N O F S	98.	É excessivamente activo	N O F S
70.	Aborrece-se facilmente	N O F S	99.	Oferece-se para ajudar	N O F S
71.	Não consegue esperar pela sua vez	N O F S	100.	Queixa-se de dificuldades em respirar	N O F S
72.	Faz sugestões sem ofender os outros	N O F S	101.	Evita as outras crianças	N O F S
73.	Tem dores de garganta	N O F S	102.	Ameaça magoar os outros	N O F S
74.	Evita competir com as outras crianças	N O F S	103.	Diz "Tenho medo de vir a cometer um erro"	N O F S
75.	Culpa os outros	N O F S	104.	Ouve sons que não existem	N O F S
76.	É medroso	N O F S	105.	Tem convulsões	N O F S
77.	Balança-se para a frente e para trás por longos períodos de tempo	N O F S	106.	Admite os seus erros	N O F S
78.	Chora facilmente	N O F S	107.	Tem dores de cabeça	N O F S
79.	Pede ajuda educadamente	N O F S	108.	Repete um pensamento sistematicamente	N O F S
80.	Queixa-se de sentir calor	N O F S	109.	Utiliza linguagem obscena	N O F S
81.	Mastiga a roupa ou os cobertores	N O F S			
82.	Adapta-se bem a mudanças na sua rotina	N O F S			
83.	Critica os outros	N O F S			

Por favor, confirme se assinalou todos os itens

Anexo F

Caracterização - Grelha de Observação Comportamental

A Grelha de Observação do Comportamento (GOC) é um instrumento que se destina ao registo de comportamentos do indivíduo. Pretende uma abordagem qualitativa, destinando-se ao registo de presença ou ausência de comportamentos, que pode ser complementado por observações. Este instrumento tem os seguintes objetivos: registar comportamentos observados num momento particular; homogeneizar comportamentos alvo inter-observadores; e comparar comportamentos em momentos distintos (Resendes et al., 2016).

A GOC encontra-se organizada em aspetos gerais como: postura, apresentação e características ou sinais específicos; em aspetos específicos da sessão, constituídos por sete domínios: comportamento, atitude face à tarefa, atitude face ao espaço, memória, comunicação, relações interpessoais e fatores psicomotores. Os domínios integram vários subdomínios, que podem englobar categorias, por sua vez, compostas por itens (Resendes et al., 2016).

Este instrumento não exige material específico nem padronizado para administrar. Pode ser aplicada independentemente da faixa etária e da condição biopsicossocial (Resendes et al., 2016).

Nos documentos disponibilizados de seguida é possível consultar a folha de registo.

Nome: _____	
Idade: _____ (anos e meses)	Data de Nascimento: ____/____/____
Diagnóstico: _____	
Instituição: _____	
Data de Observação: ____/____/____	Observador: _____

A Grelha de Observação do Comportamento (GOC) é um instrumento que se destina ao registo de comportamentos do indivíduo ao longo da intervenção. A GOC pretende uma abordagem qualitativa ao considerar critérios de presença ou ausência comportamentos, estando também inerente uma possibilidade de se registarem observações em cada um dos itens. Procura registar objetivamente comportamentos observados em determinado momento; uniformizar os comportamentos alvo a ter em atenção, inter-observadores; uma comparação a critério da evolução comportamental no início, meio e fim da intervenção.

Esta grelha divide-se em aspetos gerais sendo estes: postura, apresentação e características ou sinais específicos. E em aspetos específicos da sessão, sendo que os aspetos específicos são constituídos por sete domínios: comportamento, atitude face à tarefa, atitude face ao espaço, memória, comunicação, relações interpessoais e fatores psicomotores. Os domínios integram vários subdomínios, que podem englobar categorias, por sua vez, compostas por itens.

Ao nível da perspetiva metodológica, a grelha permite a sua aplicação no início, meio e fim da intervenção. A GOC não exige material específico nem padronizado na sua administração. Pode ser aplicada independentemente da faixa etária e da condição biopsicossocial.

♦ Instruções de preenchimento:

Os itens devem ser preenchidos com um X, sempre que os aspetos referidos se verifiquem ao longo da sessão, aconselhando-se que na coluna de observações sejam indicados todos os aspetos específicos ou relevantes que justifiquem ou complementem o comportamento. Os itens não preenchidos significam que não foi observado no contexto de sessão.

No fim do instrumento encontra-se um campo onde podem ser feitas referências a outros comportamentos observados e que não se encontram incluídos nas categorias apresentadas.

Aspetos Gerais ao Longo da Sessão

			Observações
Postura	Hipertónico		
	Hipotónico		
	Eutónico		
Apresentação	Inibido		
	Desinibido		
	Ansioso		
	Calmo		
	Inconstante		
	Cooperante		
	Distraído		
	Motivado/Empenhado		
	Ativo		
	Passivo		
	Outro (especificar)		
Características ou sinais específicos	Tiques		
	Estereotipias		
	Outro (especificar, e.g. morfologia, sinais ortopédicos, alterações posturais...)		

Aspetos Específicos ao Longo da Sessão

• Comportamento:

				Observações
Adesão	Voluntária			
	Com estímulo			
	Não adere			
Atenção/Empenho	Está atento durante a instrução	Sim		
		Parcialmente		
		Não presta atenção às instruções sendo necessário repetir		
	Está atento/empenhado nas atividades	Sim		
		Parcialmente		
		Apenas nas que o motivam		
Impulsividade	Inicia a atividade antes de terminada a instrução			
	Verbalização constante durante a instrução			
	Não espera pela sua vez			
	Não planeia a execução da tarefa			
Persistência	Esforça-se e não desiste	Autonomamente		
		Quando é motivado		
		Em grupo		
	Desmotiva-se e desiste	Sem se esforçar		
		Depois de se esforçar		
Ajustamento às Tarefas	Apresenta comportamentos adequados às atividades			
	Apresenta comportamentos desajustados, mas controla-os quando chamada à atenção			
	Ajusta os comportamentos apenas quando está motivado			
	Não ajusta os comportamentos demonstrando agressividade/apatia			

Iniciativa	Apresenta iniciativas	Ajustadas		
		Desajustadas		
		Não apresenta iniciativa		
Sugestões	Apresenta sugestões (Mediante reforço)	Ajustadas		
		Desajustadas		
		Não apresenta sugestões		
Respeito pelas regras	O indivíduo respeita as regras			
	O indivíduo não respeita as regras	Apresenta comportamentos de oposição		
		Tenta alterá-las de forma a obter sucesso (referir se foi em resposta a frustração)		
Tolerância à Frustração	Quando confrontado com a frustração o indivíduo	Reage de forma adequada		
		Tenta colocar a culpa no outro		
		Reage de forma desadequada (e.g.: impaciência, suspiros, irritabilidade, etc.)		

♦ Atitude Face à Tarefa:

			Observações
Prazer Lúdico	Explora		
	Alegre		
	Apático		
	Aborrecido		
	Prefere jogos coletivos		
	Prefere jogo espontâneo		
	Estruturação da tarefa	Organizada	
		Desorganizada	

	Tipo de Jogo preferencial	Funcional ou Construtivo (especificar)		
		Simbólico evocativo ou imaginário (especificar)		
		De regras (especificar)		

♦ Atitude face ao espaço:

				Observações
Relação com o espaço envolvente	Exploração do espaço	Exploração de todo o espaço		
		Explora parcialmente		
		Explora apenas o espaço próximo de si		
		Não explora o espaço		
	Exploração dos materiais	Relaciona-se com todo o material		
		Explora todo o material, mas fixa-se num específico		
		Apenas explora materiais específicos (dar exemplos)		
		Não se relaciona com o material, mas mostra interesse		
		Não se relaciona com nenhum material		
		Apresenta uma relação de atração com os objetos		
		Apresenta uma relação de repulsa com os objetos		
		Escolhe materiais adequados à idade		
		Escolhe materiais adaptados ao género		

♦ Memória:

				Observações
Retenção (memória a médio prazo)	Quando pedido para recordar a sessão	Lembra-se de toda a sessão com pormenores		
		Recorda-se da maioria das atividades		
		Recorda-se apenas das atividades do seu interesse		
		Tem dificuldade em recordar-se e apresenta algumas distorções		
	Quando questionado sobre situações do seu quotidiano	Consegue apresentar as situações principais		
		Recorda-se apenas de situações significativas		
		Apresenta distorções no tempo e nas memórias		
	O indivíduo obtém sucesso em tarefas de memória nas atividades de sessão	Sim		
		Parcialmente		
		Não		
Evocação (memória a longo prazo)	Quando questionado sobre sessões anteriores	O indivíduo consegue relembrar-se das atividades		
		O indivíduo recorda-se apenas de algumas atividades ou momentos		
		O indivíduo não se recorda das atividades		

♦ Comunicação:

				Observações
Compreensão Verbal	Compreende instruções simples	Não compreende		
		Sem apoio		
		Com apoio		
	Compreende instruções complexas	Não compreende		
		Sem apoio		
		Com apoio		
Linguagem	Discurso	Organizado		
		Confuso na forma		
		Adaptado ao contexto		
		Desadequado ao contexto		
		Tom de voz adequado		
		Espontâneo		
	Disfasia			
	Coprolalia			
	Ecolalia			
Comunicação não-verbal	Olhar	Dirige o olhar espontaneamente		
		Dirige o olhar quando solicitado		
		Evita o olhar		
	Gestos e mímica	Comunica por gestos e mímica		
		Apresenta comportamentos repetitivos		
	Sorriso			
	Expressão Gráfica	Diversidade cromática		
		Proporcionalidade adequada		
		Riqueza de pormenores		
		Garatujas		

♦ Relações Interpessoais:

				Observações
Características Gerais	Na relação com o outro	Apresenta desinibição adequada		
		Apresenta desinibição excessiva		
		Gere a distância interpessoal		
		Não gere a distância interpessoal		
	O indivíduo aceita o toque/contacto físico	Do outro		
		No outro		
Relação com o terapeuta	Tipo de Relação	Cooperante		
		Afetuosos		
		Indiferente		
		Em oposição		
		Agressivo		
		Em rejeição		
		Outra (especificar)		
	Grau de Confiança	Mostra-se à vontade para expressar/ demonstrar os seus sentimentos		
		Expõe a sua opinião		
	Estratégias	O indivíduo desenvolve estratégias eficazes e adequadas		
		O indivíduo imita as estratégias do terapeuta		
		O indivíduo desenvolve estratégias pouco eficazes		
		Não desenvolve estratégias		
	Estabelece relações recíprocas	Imita espontaneamente		
		Apenas quando solicitado		

Relação com os pares	Estabelecimento de Relações	Espontânea/ com intencionalidade	
		Quando solicitado pela terapeuta	
		Quando procurado pelo par	
	Cooperação	O indivíduo coopera com os pares nas atividades	
		Participa nas decisões de grupo adequadamente (sugere e aceita as sugestões dos colegas)	
		Participa nas decisões de grupo desadequadamente	
		Mantém-se passivo nas decisões de grupo	
		Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	
	Relação com o outro	O indivíduo não tem noção das consequências do seu comportamento e atitudes no outro	
		O indivíduo reconhece os sentimentos e emoções dos outros, regulando a sua atitude	
		O indivíduo imita e segue os modelos dos pares	
	Parcerias	O indivíduo interage com todos os parceiros de jogo	
		O indivíduo tem preferência por um par	
		O indivíduo brinca geralmente sozinho	
	Estratégias	O indivíduo desenvolve estratégias eficazes e adequadas	
		O indivíduo imita as estratégias dos colegas	
		O indivíduo desenvolve estratégias pouco eficazes	
		Não desenvolve estratégias	

	Tipo de Relação	Cooperante		
		Afetuosos		
		Indiferente		
		Em oposição		
		Agressivo		
		Em rejeição		
		Outro		
	Grau de Confiança	Mostra-se à vontade para expressar/ demonstrar os seus sentimentos		
		Expõe a sua opinião		
	Estabelece relações recíprocas	Imita espontaneamente		
		Apenas quando solicitado		

♦ Fatores Psicomotores:

					Observações
Tonicidade	Apresenta sincinesias				
	Apresenta paratonias				
	Não acede à passividade				
	O indivíduo consciencializa e reconhece as diferentes tensões				
Equilíbrio	O indivíduo mantém-se em equilíbrio estático	Olhos abertos	Apoio retilíneo		
			Apoio unipedal		
			Apoio na ponta dos pés		
		Olhos fechados	Apoio retilíneo		
			Apoio unipedal		
			Apoio na ponta dos pés		

	O indivíduo mantém-se em equilíbrio dinâmico (sem ajustamentos).			
	Imobilidade			
Lateralidade	Preferência Manual	Dextra		
		Esquerdina		
		Ambidextra		
	Preferência Podal	Dextra		
		Esquerdina		
		Ambidextra		
	Reconhecimento D-E (em si)	Distingue e nomeia corretamente		
		Reconhece, mas não faz distinção verbal		
		Não faz distinção		
	Reconhecimento D-E (no outro)	Distingue e nomeia corretamente		
		Reconhece, mas não faz distinção verbal		
		Não faz distinção		
Noção do Corpo	Reconhecimento tátil	Identifica os segmentos em que é tocado		
		Não identifica os segmentos em que é tocado		
		Nomeia os segmentos em que é tocado		
	Representação do corpo			
	Imitação de gestos			
	Reconhece os segmentos no outro			

Estruturação Espaciotemporal	Reconhece noções básicas de tempo e de espaço	Reconhece corretamente as noções de tempo (<i>ordinalidade, noção de quantidade, cardinalidade, dia, mês ...</i>)		
		Reconhece corretamente as noções de espaço (<i>frente/trás, perto/longe, cima/baixo</i>)		
	Memoriza e reproduz pequenas sequências espaciais	Não realiza		
		Realiza com dificuldade		
		Realiza sem dificuldade		
	Memoriza e reproduz pequenas sequências temporais	Não realiza		
		Realiza com dificuldade		
		Realiza sem dificuldade		
	Aceita os tempos da sessão			
	Coordenação Global de Movimentos	Movimentos coordenados ao nível do membro superior		
		Movimentos coordenados ao nível do membro inferior		
		Movimentos coordenados entre os diferentes membros		
Coordenação dos Movimentos distais	Movimentos Precisos e Controlados			
	Movimentos pouco precisos e controlados			
	Os movimentos não são precisos nem controlados			

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, and the page is completely blank except for the lines themselves.

13

Anexo G

Caracterização - Teste de Diagnóstico e Reeducação dos Problemas de Escrita de Denis Stott, Fred Moyes e Sheila Henderson, s.d.

O Teste de Diagnóstico e Reeducação dos Problemas de Escrita (DRHP) permite realizar uma avaliação que visa identificar as áreas a desenvolver na destreza motora associada à escrita, avaliar ou auxiliar uma observação informal que permita perceber dificuldades de motricidade fina e, ainda, pode ser considerado um recurso reeducativo. Este é um teste cuja aplicação é aconselhada para crianças que já tenham pelo menos dois anos de aprendizagem de escrita (Stott et al., s.d.).

No que respeita à cotação, caso se verifique letra de imprensa a avaliação continua a ser possível, excetuando no item de avaliação dos erros de ligação. É importante perceber, nesta avaliação, que a função da escrita é essencialmente de comunicar e, portanto, a legibilidade é um fator bastante importante (Stott et al., s.d.).

A avaliação encontra-se dividida em três partes distintas, nomeadamente: os erros de conceito, erros de controlo e capacidades motoras da escrita e do comportamento. Numa primeira fase, nos erros de conceito, são avaliadas as seguintes questões: formação e ligação de letras; espaçamento quer entre letras como entre palavras; alterações de estilo; e, indistinação de letras. Posteriormente, dentro da área dos erros de controlo engloba as seguintes componentes: consistência de tamanho de letra e do traço; manutenção da mesma inclinação; e alinhamento das palavras. Por fim, as capacidades de escrita e do comportamento é uma forma de avaliação por base da observação do avaliador (Stott et al., s.d.).

Stott, Moyes, & Henderson (s.d.), preveem uma aplicação com duração aproximada de 20 minutos, embora não exista uma limitação temporal. A aplicação do DRHP consiste na apresentação de uma história em versão de banda desenhada que será lida pelo avaliado e a partir da qual deve escrever a história (Stott et al., s.d.).

A ficha de resposta e os formulários de cotação encontram-se disponíveis de forma a completar a informação disponível na presente descrição.



Escreve o que se passa na fábula. Deverás utilizar a tua escrita habitual. Não escrevas sempre em letras maiúsculas.

O teu Nome:

Rapaz ou Rapariga? Idade

Classe

Escola

Escreves com a tua mão direita ou com a mão esquerda?

Folha de Registo Diagnóstico

Nome da criança _____ Sexo _____ Data de nascimento ____/____/____
 Idade (anos, meses) _____ Observador _____ Data de observação ____/____/____
 Escola _____ Classe _____ Tipo de Classe _____

PARTE 1 – Erros de Conceito e de Estilo**Secção A – LETRAS INCORRECTAMENTE FORMADAS OU LIGADAS**

As 14 categorias que se seguem são um guia dos tipos de erros a observar. Devem ser assinaladas as letras que estão incorrectamente formadas ou ligadas com uma frequência suficientemente grande, que não possa ser atribuída a um acaso. São indicadas com um círculo no alfabeto.

Os números das categorias de erros podem então ser escritos à direita das letras assinaladas com o círculo.

Categorias do Erro

1. Letras maiúsculas usadas sem ser no início da palavra.
2. As letras descendentes não ultrapassam a linha de base ("g", "j", "p").
3. Letras que têm demasiados segmentos, ou segmentos a menos no "m", "n".
4. Inversão do "b", "d", "p", "q".
5. Uma letra consistentemente escrita demasiado grande ou pequena.
6. Letras ascendentes demasiado pequenas.
7. Letras descendentes demasiado pequenas.
8. As letras "a", "d", "g", "o", "q", são deixadas abertas.
9. A letra está incompleta – "t" sem traço horizontal; "i", "j" sem pontos; "c" sem orifício; "g" como "q".
10. Erro de construção porque a caneta foi movida na direcção errada.
11. Letra começa no local errado.
12. Letra acaba no local errado.
13. Letra ligada incongruentemente.
14. A letra tem uma característica inabitual que interfere com a leitura.

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j
l
m
n
o
p
q
r
s
t
u
v
x
z

Número de letras incorrectamente formadas (dá-nos a pontuação da parte 1A)* _____

* Escreve só em letra maiúscula – Se a escrita está toda em letra maiúscula, as categorias acima apresentadas não são obviamente aplicáveis, mas a escrita deve, no entanto, ser observada como tendo erros de conceito. Atribui-se uma pontuação 5, que equivale a 5 letras assinaladas com um círculo.

Secção B – ERROS DE ESPAÇAMENTO

1. Espaço exagerado

entre palavras

Nas primeiras 50 palavras, assinalar com um círculo todos os intervalos entre as palavras, nos quais possam ser inseridos 4 “o” típicos da linha de escrita, sem se sobreporem às ligações terminais.

0 – 1 círculos	Pontuar 0
2 – 6 círculos	Pontuar 1
7 – 11 círculos	Pontuar 2
+ 12 círculos	Pontuar 3

2. Espaço diminuto

entre palavras

i – Algumas palavras estão demasiado próximas, causando dificuldades momentâneas na leitura.

Pontuar 1

ii – As palavras, na sua maior parte, estão juntas sem intervalo.

Pontuar 2

iii – As palavras estão juntas sem nenhum intervalo.

Pontuar 3

3. Espaço exagerado

entre letras

Nas primeiras 50 palavras, assinalar com um círculo todos os espaços entre letras, nos quais se possa inserir um “o” típico da escrita, permitindo um razoável espaço entre elas.

0 – 5 círculos	Pontuar 0
6 – 12 círculos	Pontuar 1
13 – 18 círculos	Pontuar 2
+ 19 círculos	Pontuar 3

4. Espaço diminuto

entre letras

Nenhum erro.

Pontuar 0

i – Algumas letras estão juntas sem intervalo.

Pontuar 1

ii – Muitas letras estão juntas ou sobrepostas, produzindo um efeito confuso.

Pontuar 2

iii – Toda ou quase toda a escrita é uma grande confusão.

Pontuar 3

Pontuação para os erros de espaçamento (Parte 1B) _____

Secção C – ALTERAÇÕES ESTILÍSTICAS

1. **Inclinação exagerada** A inclinação, embora consistente, é tão extrema (tanto para a frente como para trás) que a velocidade de leitura é reduzida.....1
2. **Tamanho minúsculo** A escrita é tão minúscula que a velocidade da leitura é reduzida.....1
3. **Demasiado grande** A escrita é demasiado grande para a largura das linhas.....1
4. **Maneirismos distrácteis** Registrar todos os maneirismos, excepto aqueles apontados como inaceitáveis nas formas de letras na parte 1A. Pontuar 1 por cada maneirismo distráctil.....1+

Pontuação para os erros de espaçamento (Parte 1C) _____

Secção D – INDISTINÇÃO

Formação deficiente ou elisão de letras devido à pressa, impulsividade ou falta de atenção. Conforme o grau de iligibilidade ou de desleixo:

Pontuar de 1 a 3

TOTAL DA PARTE 1: _____

PARTE 2 – Erros de Controlo Motor

Inconsistência da Inclinação

É avaliada com a Grelha Transparente de Diagnóstico (ver as instruções de cotação no manual para uma melhor explicação dos procedimentos).

Inicialmente, fazer corresponder as inclinações das letras assinaladas com um círculo com as inclinações da Grelha A, se for maior ou igual:

Pontuar 3

Se não for, fazê-la confrontar com a Grelha B. Se a sua divergência é igual ou maior à da Grelha B:

Pontuar 2

Se não for, confrontá-la com a Grelha C. Se a sua divergência é maior ou igual à da Grelha C:

Pontuar 1

Se a sua divergência for menor que a Grelha C:

Pontuar 0

Inconsistência do Tamanho da Letra

Se a letra maior, comparada com a mais pequena, for:

Mais do que 2 ½ maior Pontuar 3

Entre 2 vezes e 2 ½ maior Pontuar 2

Entre 1 ½ maior e 2 vezes maior Pontuar 1

Menos que 1 ½ maior Pontuar 0

Alinhamento Irregular da Palavra

Nas primeiras 50 palavras, assinalar com um círculo todos os desvios com, pelo menos, 1 milímetro ou mais em relação à linha de escrita, utilizando como medida as 5 linhas paralelas situadas na base da Grelha Transparente de Diagnóstico. Assinalar com 2 círculos qualquer desvio de 2 milímetros ou mais.

9 ou mais círculos	Pontuar 3
6 a 8 círculos	Pontuar 2
3 a 5 círculos	Pontuar 1
0 a 2 círculos	Pontuar 0

Distorção Ocasional da Palavra

Se existe uma tendência geral para as letras serem deformadas, apresentando angulações irregulares ou partes demasiado grandes ou muito pequenas – Pontuar 3, 2, 1 ou 0, em comparação com os exemplos dados no manual ou nos exemplos de escrita.

3 2 1 0

Tremor

Se o tremor se evidencia, por uma oscilação fina ou uma ondulação regular, que pode ser detectada mas não acentuada:

Pontuar 1

Se o tremor é acentuado:

Pontuar 2

TOTAL DA PARTE 2: _____

Modo de escrita da criança

Há quanto tempo a criança tem usado a escrita corrente? _____

Qual (quais) o(s) estilo(s) de escrita que lhe foi (foram) ensinado(s)? _____

Mão usada para escrever: a direita consistentemente / a esquerda consistentemente/ ambas.

Anexo H

Caracterização - Teste do Desenvolvimento da Integração Visuo-Motora de Keith Beery, 1989

O Teste do Desenvolvimento da Integração Visuo-Motora (VMI) tem como principal objetivo a identificação precoce de dificuldades de aprendizagem e do comportamento de forma a permitir uma intervenção antecipada. É um teste constituído por 24 formas geométricas distintas, que devem ser diretamente copiadas, com utilização de um lápis (Beery, 1989).

Prevê-se uma duração aproximada de 10 a 15 minutos, podendo ser aplicado em contexto individual ou em grupo, num espectro alargado de idades que pode ir desde o pré-escolar até à idade de jovem adulto. Uma vez constituído por formas geométricas, em substituição de letras ou números, o VMI é considerado um teste independente de influências culturais (Beery, 1989).

Segundo Beery (1989), o avaliado para realizar o teste precisa de um lápis (nº2) e uma borracha, devendo estar bem sentado na mesa com a folha de resposta (disponível de seguida) à sua frente. O avaliado deve começar o teste por imitação da figura número um prosseguindo até realizar todas as figuras disponíveis. O teste termina quando o avaliado realiza três formas consecutivas de forma errada, não conseguindo ganhar nenhum ponto, mas caso o indivíduo queira continuar a prova, poderá fazê-lo (Beery, 1989).

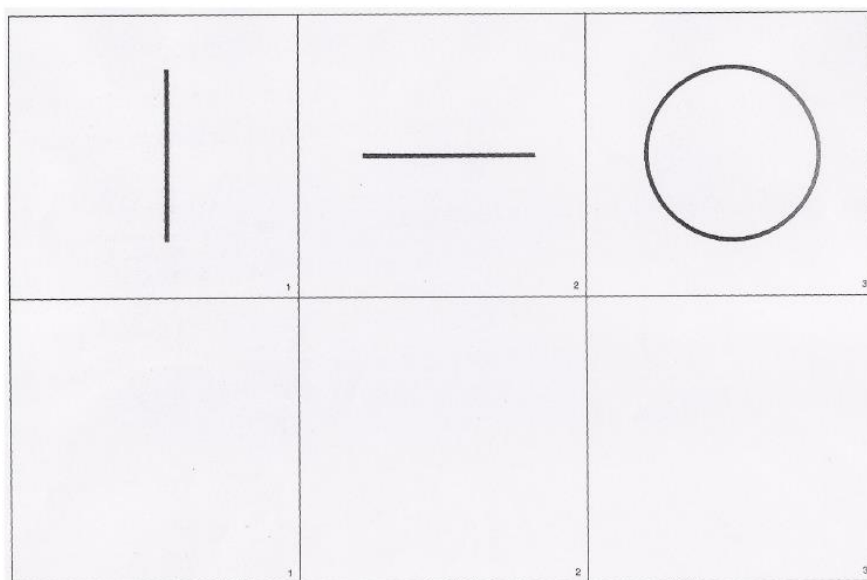
No que respeita à cotação, o *VMI* baseia-se no critério de pontuar ou não pontuar, com base nos exemplos de cada forma apresentados no manual (3ª edição). Em casos que apresentem dúvida de pontuação, o avaliador deve sempre contar como positivo, i.e., em caso de dúvida pontua. Por vezes, podem surgir situações em que as crianças pretendem repetir a forma, em crianças com idade inferior a nove anos a tentativa cotada será sempre a primeira. A partir dos nove anos, o avaliador pode permitir à criança que inicialmente desenhe um esboço com linhas mais claras e que depois as complete (Beery, 1989).

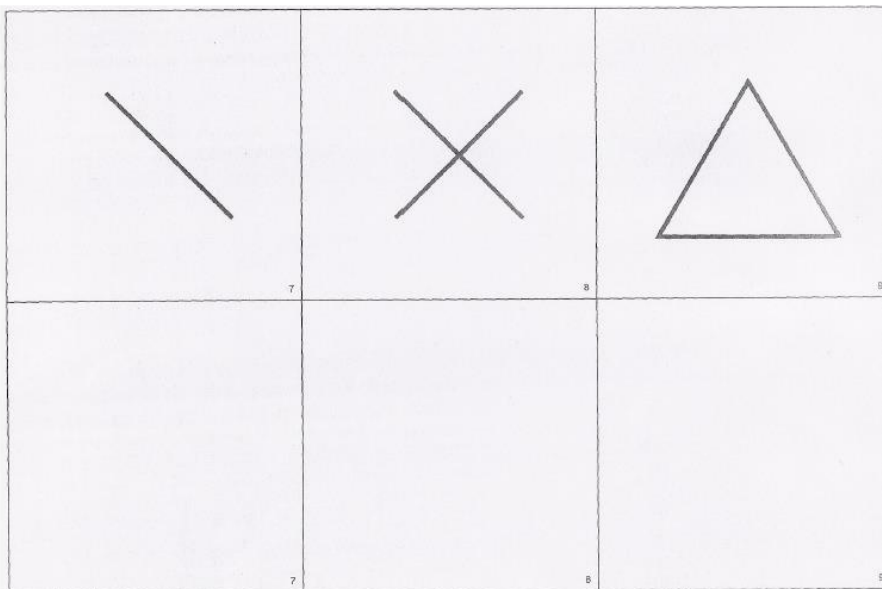
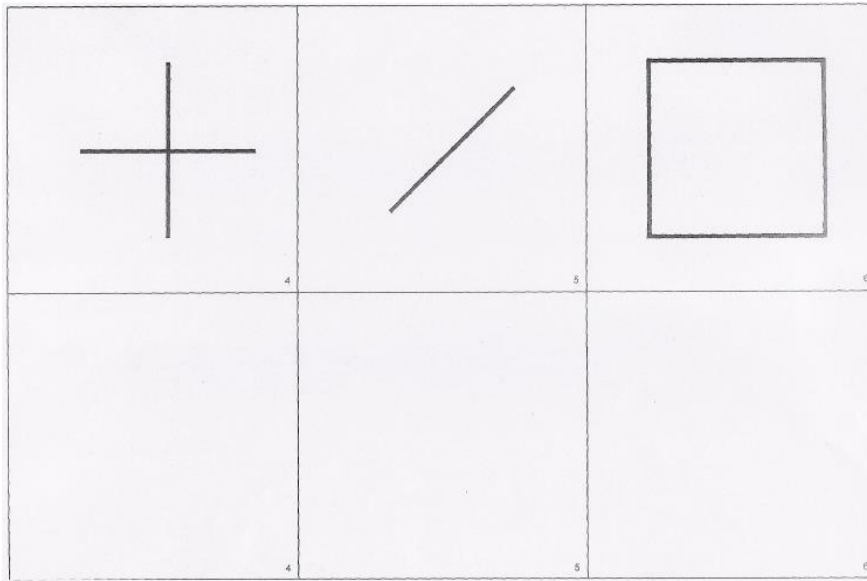


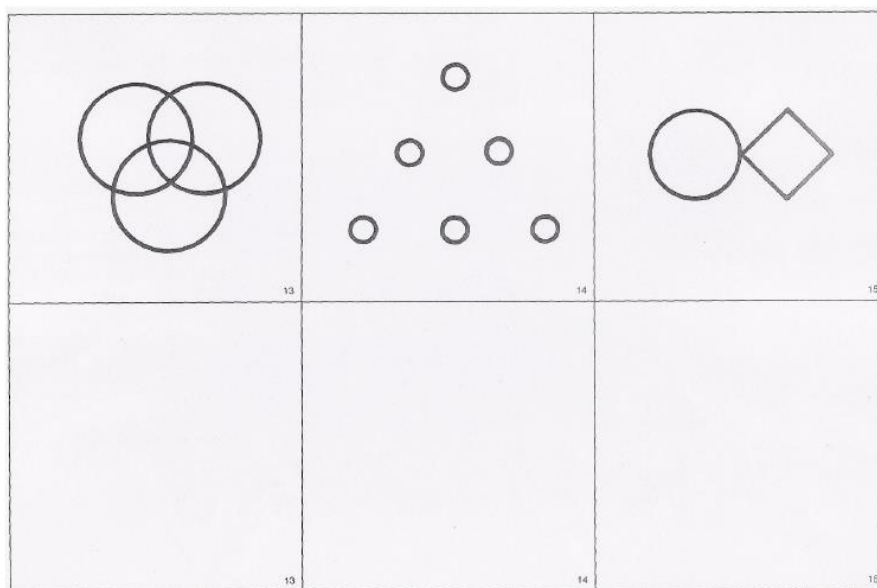
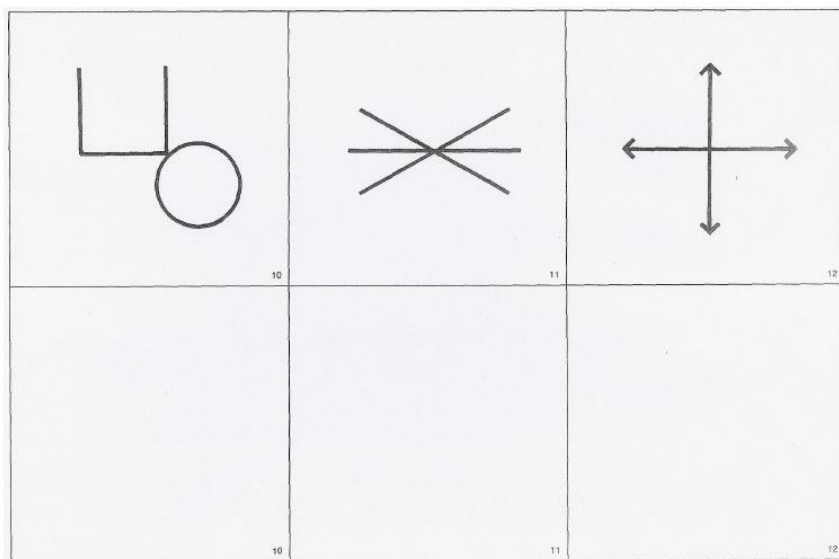
VAMOS DESENHAR!

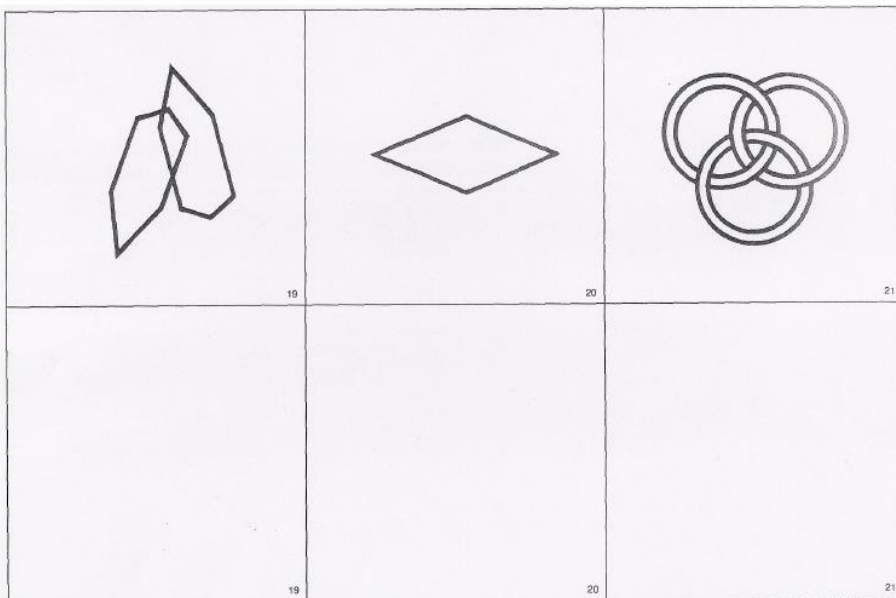
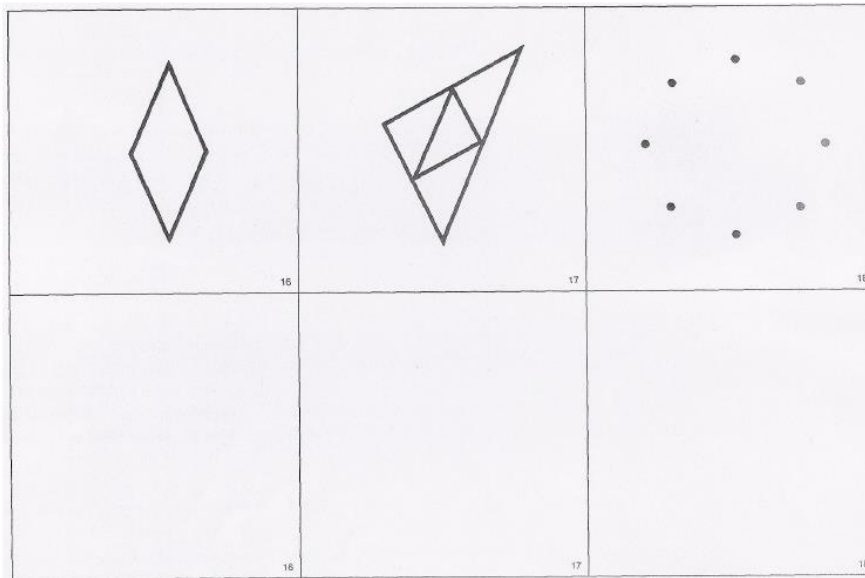
Tens um lápis? Lembra-te, deves tentar desenhar logo à primeira sem apagares.
Mantém o livro à tua frente e não o vires. Faz o melhor que puderes, nas fáceis e nas difíceis.
Não saltes nenhuma!

Por Favor, vira a página do final para o início.









OUTRAS OBSERVAÇÕES

Capacidades Visuais

























Capacidades Motoras

Capacidades VMI

Retenção / extensão

Outras

Pontuação e Registo do VMI

N.º	Figura	Valor normativo para a idade	Pontuação	Observações	N.º	Figura	Valor normativo para a idade	Pontuação	Observações
1		2-10 1			13		6-8 2		
2		3-0 1			14		7-5 2		
3		3-0 1			15		7-11 2		
4		4-1 1			16		8-1 3		
5		4-4 1			17		8-11 3		
6		4-6 1			18		9-6 3		
7		4-7 1			19		10-2 3		
8		4-11 1			20		10-11 3		
9		5-3 1			21		11-2 3		
10		5-6 1			22		12-8 4		
11		5-9 2			23		13-2 4		
12		6-5 2			24		13-8 4		

Valores Brutos do VMI = Total de Pontos cotados, com mais de 3 consecutivos
Sem cotação: ☐



TESTE DE DESENVOLVIMENTO DA INTEGRAÇÃO
VISUO-MOTORA

Folheto de Teste do Aluno

Dos 3 aos 8 Anos de Idade (FORMULA REDUZIDA)

Por: Keith E. Beery e Norman Buktenica

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO NEOPRAXIS
COM COLABORAÇÃO DE NUNO CABRAL E M^{te} HELENA SOUSA

Por Favor, iniciar o teste pela parte de trás.
Virar o folheto ao contrário e colocá-lo sobre a mesa, com o
bordo dobrado, na direcção do aluno.

Modern Curriculum Press
Cleveland • Toronto

Nome: _____ Sexo: F _____ M _____

Escola: _____

Examinador: _____

Data do teste _____ ANO _____ MES _____ DIA _____

Data de _____ ANO _____ MES _____ DIA _____

Idade _____ ANO _____ MES _____ DIA _____

Cronológica

CONTAR MAIS DE 15 DIAS COMO UM MÊS COMPLETO

COTAÇÃO

Ver o Manual do VMI de 1989

Valores Brutos do VMI _____

Valores Estandartizados do VMI _____

Percentile do VMI _____

Outro Escalonamento _____

OBSERVAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Anexo I

Caracterização - Revised Children's Manifest Anxiety Scale Cecil Reynolds e Bert Richmond, 1994

A Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) é um instrumento de avaliação constituído por 37 itens de autopreenchimento, construído com o objetivo de recolher o nível e as fontes de ansiedade, na faixa etária dos seis aos 19 anos. Correspondendo a uma forma de avaliação objetiva de identificação de problemas na vida do avaliado (Reynolds & Richmond, 1994).

A resposta a cada situação colocada ao longo dos itens é respondida através de respostas fechadas (i.e., sim ou não), no caso de a resposta ser positiva indica que a situação prevista nesse item vai ao encontro do que o avaliado sente ou da forma como age. Sendo estas repostas positivas que vão determinar o score total de cada subescala. Em casos excepcionais, o avaliado pode responder “mais ou menos” desde que dê ao examinador uma explicação que descrimine o “mais ou menos” (Reynolds & Richmond, 1994).

Os 37 itens estão divididos por quatro subescalas, sendo elas: ansiedade psicológica (10 itens), na qual quando se verificam valores elevados pode indicar a presença de respostas fisiológicas à ansiedade; a subescala de preocupação/hipersensibilidade (11 itens) permite avaliar a presença de problemas de internalização; posteriormente, a terceira subescala de preocupações sociais/concentração (sete itens), possibilitam perceber se a ansiedade pode estar associada à correspondência das expetativas sociais e se existem dificuldades de concentração; por fim a subescala de mentira (nove itens), que permite avaliar se as repostas que estão a ser dadas pelo avaliado são verdadeiras (Reynolds & Richmond, 1994).

A ficha de cotação e de autopreenchimento, com todos os itens avaliados, está disponível de seguida.

"O QUE EU PENSO E SINTO"

(RCMAS)

Cecil R. Reynolds, Ph.D. e Bert O. Richmond, Ed.D.

Tradução e Adaptação do NEOPRAXIS
(com a colaboração de M^a Helena Sousa e Nuno Cabral - 1995)

Publicado por:

WPS

Western Psychological Services

Nome: _____ Data do Teste: _____
Idade: _____ Sexo: Masc. Fem. Ano de Escolaridade: _____
Escola: _____ Nome do Professor (opcional): _____

INSTRUÇÕES

Aqui são apresentadas algumas questões que dizem o que algumas pessoas pensam e sentem em relação a si próprias. Lê todas as questões cuidadosamente. Coloca um círculo na palavra "Sim" se pensas que é verdade para ti. Coloca um círculo na palavra "Não" se pensas que não é verdade para ti. Não coloques um círculo no "Sim" e no "Não" na mesma questão.

Não existem questões certas ou erradas. Só tu podes dizer o que pensas e sentes em relação a ti mesmo. Lembra-te, depois de leres cada questão, pergunta a ti mesmo "Isto é verdade para mim?". Se for, coloca um círculo no "Sim". Se não for, coloca um círculo no "Não".

	Pontuação em Bruto	Percentis	Pontuação Estandartizada
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
L:	_____	_____	_____

1. Eu tenho dificuldades em decidir-me.....	Sim Não
2. Eu fico nervoso quando as coisas não me correm bem.....	Sim Não
3. Parece-me que os outros fazem as coisas mais facilmente que eu	Sim Não
4. Eu gosto de todas as pessoas que conheço	Sim Não
5. Muitas vezes eu tenho problemas em controlar a minha respiração.....	Sim Não
6. Eu preocupo-me facilmente	Sim Não
7. Eu tenho medo de muitas coisas	Sim Não
8. Eu sou sempre amável	Sim Não
9. Eu fico zangado facilmente	Sim Não
10. Eu preocupo-me com o que os meus pais me vão dizer	Sim Não
11. Eu sinto que os outros não gostam da forma como eu faço as coisas	Sim Não
12. Eu tenho sempre boas maneiras	Sim Não
13. Eu tenho dificuldade em adormecer à noite	Sim Não
14. Eu preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim	Sim Não
15. Eu sinto-me sozinho mesmo quando estão pessoas comigo	Sim Não
16. Eu sou sempre bom	Sim Não
17. Eu sinto-me muitas vezes doente do estômago	Sim Não
18. Os meus sentimentos são magoados facilmente	Sim Não
19. As minhas mãos transpiram	Sim Não
20. Eu sou sempre simpático para todos	Sim Não
21. Eu canso-me facilmente	Sim Não
22. Eu preocupo-me com o que irá acontecer	Sim Não
23. As outras pessoas são mais felizes que eu	Sim Não
24. Eu digo sempre a verdade	Sim Não
25. Eu tenho pesadelos	Sim Não
26. Os meus sentimentos são mais facilmente afectados quando eu estou agitado	Sim Não
27. Eu sinto que alguém me vai dizer que eu faço as coisas de forma errada ..	Sim Não
28. Eu nunca fico irritado	Sim Não
29. Por vezes eu acordo assustado	Sim Não
30. Eu preocupo-me quando vou para a cama à noite	Sim Não
31. É difícil para mim concentrar-me no trabalho da escola	Sim Não
32. Eu nunca digo coisas que não devo	Sim Não
33. Eu mexo-me muitas vezes no meu lugar	Sim Não
34. Eu sou nervoso	Sim Não
35. Muitas pessoas estão contra mim	Sim Não
36. Eu nunca minto	Sim Não
37. Eu muitas vezes preocupo-me com algo de mal que me possa acontecer ..	Sim Não

Anexo J

Caracterização - Escala “Para mim é fácil” de Tânia Gaspar e Margarida Gaspar de Matos, 2015

A escala de avaliação de competências pessoais e sociais “Para mim é fácil” é um instrumento que visa avaliar estas competências tendo por base uma perspetiva positiva, contrariando a tendência de avaliação pela carência de competências (Gaspar & Matos, 2015).

A versão final é constituída por 43 itens que avaliam cinco dimensões distintas, caracterizando-se por ser uma escala de autopreenchimento e de participação voluntária onde as diversas situações colocadas começam todas por “Para mim é fácil ...”. Desta forma, quanto maior for o valor obtido nas cotações, maiores são as consideradas as competências pessoais e sociais dos indivíduos (Gaspar & Matos, 2015).

Objetivando uma melhor compreensão da escala e da sua constituição, segue a Tabela J 1 que organiza as diferentes dimensões avaliadas dentro da escala, o número de itens que englobam e a sua cotação máxima (Gaspar & Matos, 2015).

Tabela J 1: Organização das dimensões avaliadas na escala "para mim é fácil...", adaptação de Gaspar e Matos (2015).

Dimensões	Número de itens	Cotação Máxima
Resolução de problemas	13	75
Competências Básicas	10	40
Regulação Emocional	7	35
Relações interpessoais	8	40
Definição de Objetivos	4	25
Total	43	

Esta é uma escala com boas propriedades psicométricas, com possibilidade de ser aplicada apenas como medição única (i.e., com base no valor total) das competências pessoais e sociais ou através da análise dos resultados obtidos nas cinco dimensões (Gaspar & Matos, 2015).

Seguidamente encontra-se disponível a folha de resposta para consulta.

“Para mim é fácil”
Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças
e adolescentes EACSE-CA

Gaspar, T.; Matos, M.G. & Aventura Social (2013)

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas vezes	Muitas Vezez	Sempre
1 - Para mim é fácil escutar outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Para mim é fácil começar e manter uma conversa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Para mim é fácil fazer perguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Para mim é fácil dizer "obrigado"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Para mim é fácil ir falar a uma pessoa que não conheço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Para mim é fácil dar elogios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Para mim é fácil pedir ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Para mim é fácil pedir desculpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Para mim é fácil compreender os meus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Para mim é fácil mostrar os meus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Para mim é fácil compreender os sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Para mim é fácil pedir autorização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Para mim é fácil partilhar coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Para mim é fácil "controlar-me"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Para mim é fácil defender os meus direitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Para mim é fácil fazer uma queixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Para mim é fácil acalmar-me quando tenho uma situação difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Para mim é fácil dizer não quando me tentam convencer de algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas vezes	Muitas Vezez	Sempre
19 - Para mim é fácil lidar com os colegas da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Para mim é fácil lidar com os professores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Para mim é fácil saber o que fazer em situações complicadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Para mim é fácil, quando tenho um problema, perceber o que me aconteceu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Para mim é fácil saber o que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Para mim é fácil reconhecer o que sei fazer bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Para mim é fácil compreender os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Para mim é fácil fazer escolhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Para mim é fácil ajudar alguém que precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Para mim é fácil, quando estou triste, começar a fazer alguma coisa que me faça sentir melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - Para mim é fácil mudar o meu comportamento para conseguir o que quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Para mim é fácil iniciar uma nova tarefa, mesmo quando já estou cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 - Para mim é fácil ficar nervoso quando as coisas não correm da forma que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 - Para mim é fácil não me lembrar dos meus objectivos quando aparecem pequenos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 - Para mim é fácil esquecer-me de tarefas importantes, quando estou a fazer algo verdadeiramente divertido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 - Para mim é fácil ter dificuldade em prestar atenção durante uma aula aborrecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas Vezes	Sempre
35 - Para mim é fácil falar calmamente, sem me enervar, quando tenho uma zanga com alguém,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 - Para mim é fácil acalmar-me quando estou entusiasmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 - Para mim é fácil saber quando vou começar a chorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 - Para mim é fácil não fazer coisas exageradas quando estou zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 - Para mim é fácil concentrar-me no meu trabalho, mesmo quando os meus colegas estão a falar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 - Para mim é fácil deixar-me levar pelas emoções, quando me entusiasmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 - Para mim é fácil não fazer uma coisa, quando sei que não a devo fazer..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 - Para mim é fácil encontrar alguém que me ajude quando preciso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 - Para mim é fácil perceber quando estou a viver uma situação difícil e é melhor pedir ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo K



Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa
Hospital São Francisco Xavier – CHLO
Estágio de Mestrado em Psicomotricidade na Unidade de Pedopsiquiatria



Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Comportamento Alimentar



Orientador Académico: Prof^o Dr. Rui Martins

Orientadora Local: Dr.^a Lúdia Martins

Estagiária: Constança Varela

21 novembro 2017

Organização da Apresentação

Adolescência e Perturbações do Comportamento Alimentar

Alguns estudos Internacionais

Intervenção em Portugal

Resumo de Ideias

Apresentação do Projeto: Grupo de Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência





Adolescência

Modificações
comportamentais
e emocionais

Ocorrência de patologias associadas à saúde mental, nesta fase, apresentam um grande impacto a nível social e verifica-se alguma dificuldade no tratamento.

Relação
com o
corpo

Corpo que se caracteriza como meio distinto para a expressão simbólica dos conflitos vividos e das relações criadas.

Grande
preocupação
para os serviços
de saúde mental

Urbano e Sanchez (2015)

Perturbações do Comportamento Alimentar

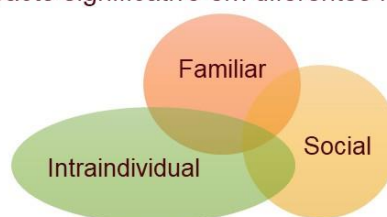
No processo da **adolescência** e



Existe uma maior insatisfação com a aparência física o que pode culminar em situações alimentares patológicas.

Risco acrescido de surgimento de bulimia ou anorexia nervosa, nesta fase.

Classificadas como graves pois apresentam um impacto significativo em diferentes níveis:



Psicopatologia com consequências **psíquicas e físicas**, onde se verifica uma preocupação acrescida com o peso e a forma do corpo.

(Urbano & Sanchez, 2015 e Henriques e Salgado, 2015)

Perturbações do Comportamento Alimentar

Anorexia Nervosa

Em muitos casos os jovens tornam-se especialistas no que respeita à alimentação e à ingestão calórica, como forma de controlo da situação.

Recusa alimentar e consequente perda de apetite.



Bulimia Nervosa

Ingestão excessiva de comida com consequente indução de vômito.

Aumento do descontentamento com a sua imagem corporal e preocupação excessiva com o aumento de peso.

Existem outros quadros psicopatológicos mas estes são os que mais frequentemente encontramos.

(Henriques e Salgado, 2015)

Perturbações do Comportamento Alimentar

Parâmetros estabelecidos pela American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Recommendation 5. Treatment of eating disorders in youth usually involves a multidisciplinary team that is developmentally aware, sensitive, and skilled in the care of children and adolescents with eating disorders [CS]

Aqui encontram-se listados, como exemplos os seguintes profissionais:

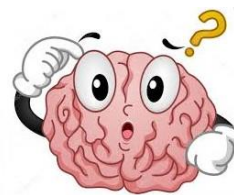
- Pediatra;
- Psicoterapeuta;
- Nutricionista.

Sugeridas terapias individuais e familiares. Sendo que, a intervenção individual é entendida como a mais eficaz neste tipo de problemáticas.

Recommendation 6. Outpatient psychosocial interventions are the initial treatment of choice for children and adolescents with eating disorders [CS]

(Lock, La Via, e American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015)

Investigações



Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients

Article in *American journal of psychotherapy* May 1987

Source: PubMed

CITATIONS

45

READS

826

3 authors, including:

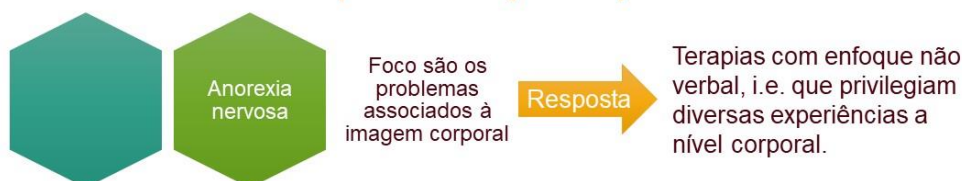


[Michel Probst](#)

University of Leuven

284 PUBLICATIONS 3,925 CITATIONS

Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients (1987)



Inibição de hiperatividade: ser capaz de controlar a tensão e a relaxação, adequadamente, promovendo uma sensação de segurança e proteção do próprio corpo;

Reconstrução real do autoconceito: existindo uma confrontação com outros indivíduos com atividades em espelho ou com a visualização de vídeos dos próprios movimentos;

Aprender a gostar do próprio corpo: existir um reinterpretação de situações em que o corpo é interpretado como fonte de prazer e de expressão de emoções;

Desenvolvimento de competências sociais: aprender a comunicar com o próprio corpo.

(Vandereycken, Depreitere e Probst, 1987)

Regular Article

Psychotherapy
and Psychosomatics

Psychother Psychosom 2005;74:353–361
DOI: [10.1159/000087782](https://doi.org/10.1159/000087782)

Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients

Jan Knapen^{a,c} Peter Van de Vliet^a Herman Van Coppenolle^{a,c} Ans David^{a,c}
Joseph Peuskens^{b,c} Guido Pieters^c Koen Knapen^d

Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients (2005)



Nos últimos 20 anos, cada vez mais se tem verificado uma valorização do corpo ideal, da prática de exercício físico e da melhoria das competências motoras, todos estes aspetos sempre ligados à noção de **autoconceito**, em termos globais.

(Knapen et al., 2005)

Clinical Psychology and Psychotherapy
Clin. Psychol. Psychother. **16**, 336–347 (2009)
Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/cpp.632

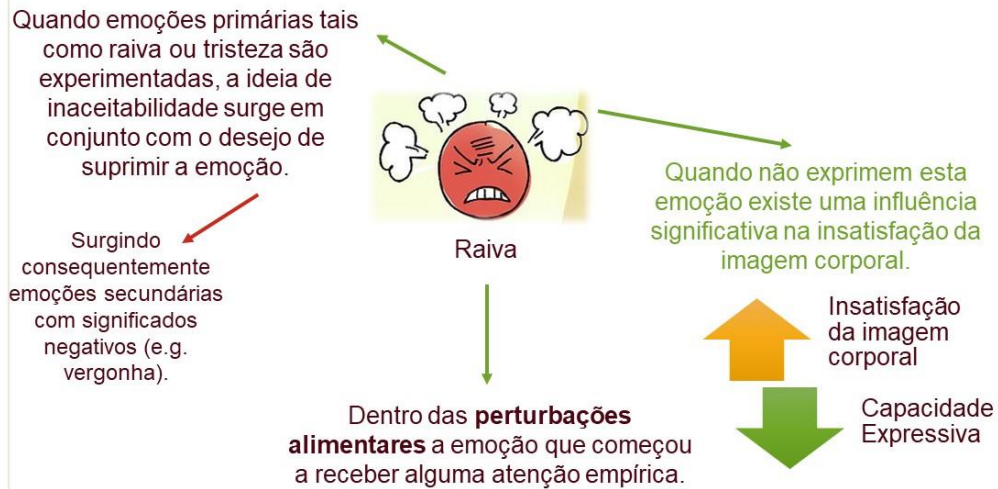
Perception of Threat from Emotions and its Role in Poor Emotional Expression within Eating Pathology

Korina Ioannou¹ and John R. E. Fox^{1,2*}

¹Division of Clinical Psychology, University of Manchester, Manchester, UK

²Eating Disorders Unit, Russell House, Affinity Healthcare, Cheadle Royal Hospital, Cheadle, Cheshire, UK

Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology (2009)



(Ioannou e Fox, 2009)

Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 2013

Vol. 8, No. 4, 241–253, <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2013.833134>

Routledge
Taylor & Francis Group

Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders

Cees Boerhout^{a,b,*}, Jooske T. van Busschbach^{b,c}, Durk Wiersma^b and Hans W. Hoek^{b,d,e}

^aLentis Center for Mental Health, P.O. Box 86, 9700 AB Groningen, The Netherlands;

^bUniversity Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, P.O. Box 30.001, 9700 RB Groningen, The Netherlands;

^cWindesheim University of Applied Sciences, Campus 2-6, 8017 CA Zwolle, The Netherlands;

^dParnassia Psychiatric Institute, Kiwistraat 43, 2552 DH The Hague, The Netherlands;

^eDepartment of Epidemiology, Columbia University/Mailman School of Public Health, 622 West 168th Street, New York, 10032 NY, USA

Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders (2013)



Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 2014

Vol. 9, No. 1, 4–15, <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2013.831376>

Routledge
Taylor & Francis Group

The rationale behind a Dance Movement Psychotherapy intervention used in a small research pilot in a further education context to develop awareness about young people's body image

Jill Bunce^{a,*}, Simone Heyland^a, Sarah Grogan^{a,b}, Talia Padilla^{a,c}, Alison Williams^b, Sarah Kilgarriff^b, Chloe Woodhouse^a, Lisa Cowap^b and Wendy Davies^c

^aSchool of Mental Health and Therapeutic Practice, University of Derby, Derby, UK;

^bFaculty of Health Sciences, Staffordshire University, Stoke-on-Trent, UK; ^cBody Image Dance, Staffordshire University, UK

The rationale behind a dance movement psychotherapy intervention used in a small research pilot in a further education context to develop awareness about young people's body image (2014)

Objetivo: averiguar de que forma uma sessão de Psicoterapia do Movimento e Dança poderia influenciar a percepção da imagem corporal e da consciência corporal.

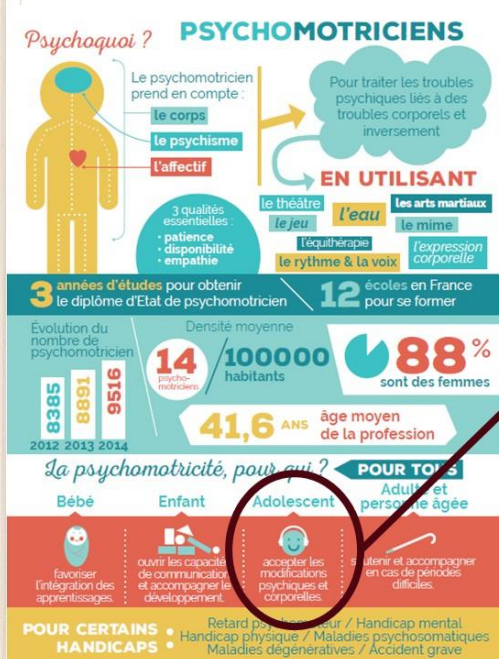
2 grupos de jovens

Relataram que a aplicação de um programa destes poderia tornar-se importante para a promoção da autoconsciência, da autoestima e da imagem corporal.

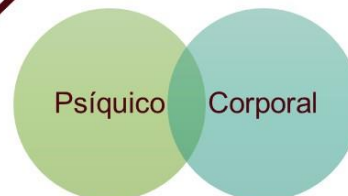


Este tipo de intervenção permite que o **corpo na sua expressão** seja o elemento central do processo de promoção da identidade e que seja promovida uma integração de sentimentos através da utilização do gesto e do movimento.

(Bunce et al., 2014)



Acceptar as mudanças que ocorrem:



Cabinet Psychomotricité & Sophrologie (s.d.)



Endat

L'association Endat

Endat propose à toute personne souffrant de troubles du comportement alimentaire :
anorexie, boulimie, hyperphagie, de diabète, d'obésité ou en surpoids,
un accueil et une prise en charge spécialisée et personnalisée.



APPROCHE NUTRITIONNELLE

> entretiens, élaboration de repas, ...



APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

> différentes thérapies personnalisées (EMDR, ACCES, TCC, hypnose, ...)



APPROCHE CORPORELLE ET ARTISTIQUE

> art et danse-thérapie, enveloppement multi sens, ostéopathie, psychomotricité, sophrologie, ...



APPROCHE SOCIALE ET RÉINSERTION PRO

> groupes de parole (pour les patients, pour les professionnels, ...)



APPROCHE EXISTENTIELLE

> café philo, conscience de soi, ...

Sessões individuais cujo objetivo é unificar o psíquico e o corporal, através de um **reinvestimento no corpo** e de vivências de novas experiências corporais

Éducation nutritionnelle des diabétiques et aide aux troubles du comportement alimentaire (2016)

Enquadramento em equipas multidisciplinares

Em conjunto com os outros profissionais, o psicomotricista pretende complementar a intervenção fornecendo ao indivíduo ferramentas que lhe permitam **organizar-se em termos somatopsíquicos**, influenciando positivamente a relação que este tem nos diferentes contextos.

(Maximiano, 2015)

Experienciar

Corpo

A intervenção psicomotora encontra-se enquadrada nas **abordagens corporais** e artísticas com sessões individuais cujo objetivo é unificar o psíquico e o corporal, através de um **reinvestimento no corpo** e de vivências de novas experiências corporais.

(Éducation nutritionnelle des diabétiques et aide aux troubles du comportement alimentaire, 2016)

Em Portugal...

O que nos falta?

Para onde caminhamos?



Puxa-me do Ecrã e Ajuda-me a Perceber Quem Sou...

(Costa e Palma, s.d.)

Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Identidade

Autonomia

Intervenção de
caráter individual e
em internamento



Relaxação Terapêutica



Expressão Corporal

Resumo de ideias



Referência às vantagens de abordagens corporais nesta população



Referência a necessidade de intervenção nas competências sociais



Necessidade de trabalhar questões relacionadas com autoestima e noção do corpo



Falta de investimento nesta área, em Portugal



Melhorar a expressão de emoções, sentimentos e sensações (Alexitimia)



Porque não investir em intervenções grupais?



Maior referência a intervenções individuais



Apresentação do Projeto

Grupo de Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência



Grupo de Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Técnicos: Constança Varela (Psicomotricista) e Giulia Riggi (Interna de Pedopsiquiatria)



Horário: Sexta feira à tarde (regime pós-laboral devido às aulas)

Local: Sala polivalente do serviço de pedopsiquiatria

Duração: 50/60 minutos

Faixa etária: Adolescentes

Máximo de participantes: 5

Mínimo de participantes: 3



Grupo de Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

➔ Intervenção dirigida a adolescentes com **diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar**.



Necessidades de atendimento do serviço

Critério de exclusão: Sintomatologia psicótica.

Sinais comuns para encaminhamento à intervenção:

Dificuldades de socialização

Dificuldade em aceder à passividade

Dificuldade em expressar sentimentos e emoções

Baixo autoestima e autoconfiança

Baixo insight

Dificuldade na gestão da frustração

Alterações na perceção da noção corporal (esquema e imagem)

Grupo de Adolescentes no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência



Referências Bibliográficas

- Boerhouth, C., van Busschbach, J. T., Wiersma, D., & Hoek, H. W. (2013). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(4), 241–253. doi: <https://doi.org/10.1080/17432979.2013.833134>;
- Bunce, J., Heyland, S., Grogan, S., Padilla, T., Williams, A., Kilgarriff, S., ... Davies, W. (2014). The rationale behind a dance movement psychotherapy intervention used in a small research pilot in a further education context to develop awareness about young people's body image. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(1), 4–15. doi: <https://doi.org/10.1080/17432979.2013.831376>;
- Cabinet Psychomotricité & Sophrologie. (n.d.). LA PSYCHOMOTRICITE // bien plus que du mouvement. Retrieved November 18, 2017, from <http://psychomot.e-monsite.com/pages/a-propos.html>;
- Costa, L., & Palma, R. (n.d.). *Puxa-me do Ecrã e Ajuda-me a Perceber Quem Sou...* Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. – Lisboa;
- Éducation nutritionnelle des diabétiques et aide aux troubles du comportement alimentaire. (2016). *Approches*. Retrieved November 18, 2017, from <http://endat.org/nos-actions/approches/>;
- Henriques, S., & Salgado, M. (2015). Perturbações do Comportamento Alimentar. In Coisas de Ler Edições (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e adolescência - Quadros Clínicos: Perspetiva Integradora* (1ª, v.2, pp. 493–536);
- Ioannou, K., & Fox, J. R. E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 336–347. doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.632>;
- Knapen, J., Van De Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(6), 353–361. doi: <https://doi.org/10.1159/000087782>;
- Lock, J., La Via, M. C., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2015). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412–425. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.018>;
- Maximiano, J. (2015). A multidisciplinariedade em pedopsiquiatria: O Papel Do Psicomotricista. In Coisas de Ler Edições (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e adolescência: avaliação, compreensão e intervenção* (1ª, v.1, pp. 541–551);
- Urbano, N., & Sanchez, J. (2015). Adolescência. In Coisas de Ler Edições (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e adolescência: avaliação, compreensão e intervenção* (1ª, v.1, pp. 89–114);
- Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41(2), 252–259.

Anexo L

Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital São Francisco Xavier

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência



Apresentação de Caso Clínico

L.

Estagiária de Mestrado: Constança Varela

Orientador Académico: Prof. Dr. Rui Martins
Orientadora Local: Dra. Lídia Martins

23 e 30 de janeiro 2018

Organização da Apresentação

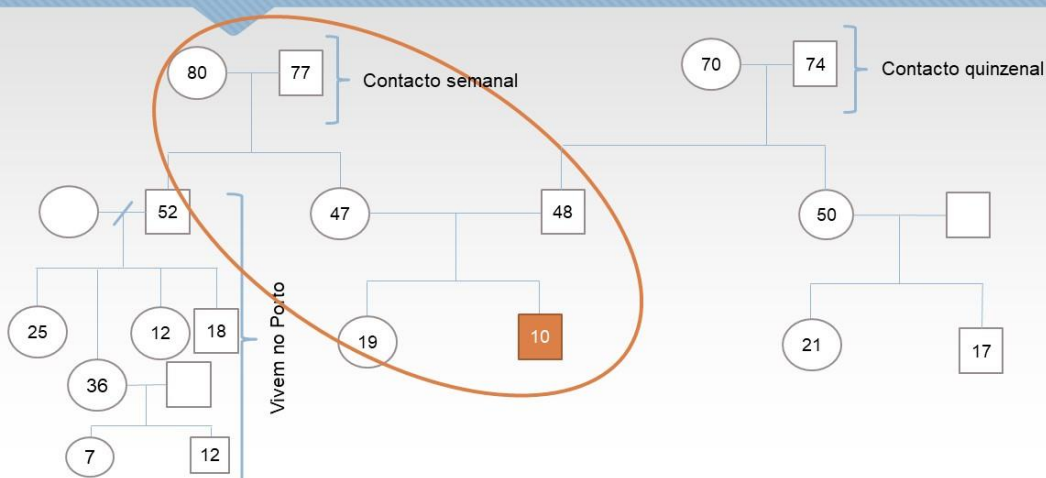


Identificação

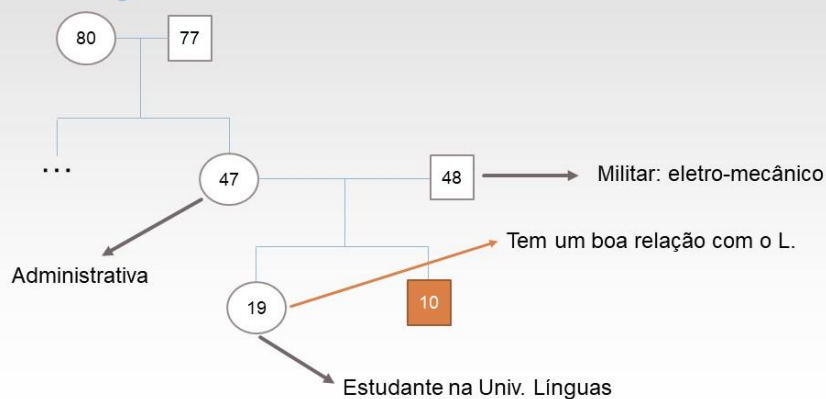
- Nome: L.
- Género: masculino
- Data de Nascimento: 2/6/2007 Idade: 10 anos 7 meses
- Frequenta o 5º ano de escolaridade
- Data da 1ª consulta em Pedopsiquiatria: 12/7/2017



Genograma



Genograma



Motivo da 1ª Consulta – Julho 2017

Informação Médica de Família

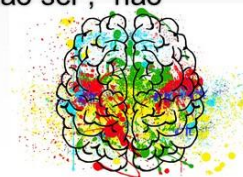
- Isolamento social
- Falta de competências sociais
- Dificuldade na gestão dos afetos e emoções
- Imaturidade
- Agressividade latente

Informação da Pedopsiquiatra

- Distração e falta de concentração em casa e escola
- Baixa autoestima
- Dificuldade em lidar com a frustração
- Discurso fixado em "não sei"; "não consigo"



Diagnóstico: PEA Ligeira + PHDA do tipo desatento



História Pgressa



- Mãe teve um aborto (5º mês de gravidez) um ano antes de ter o L.;
 - Mãe é muito ocupada devido ao trabalho e tem a preocupação de não ter tempo suficiente que o filho precisa.
- Pai pouco presente nos primeiro tempos de vida do L.:

Mãe: “O L. era um bebê muito tranquilo”;

Pai “Ele era mais mexido do que a irmã, chorava muito de noite”.
- Apgar: 9/10 (normal)
- Aleitamento materno até aos 2 meses
- Diversificação alimentar aos 4 meses

Dia tipo



Intervalo de horas	Atividade Desenvolvida	Quem está com a criança?
7h15 – 8h00	Acordar, Pequeno-Almoço e Deslocação para a escola	Pais e irmã
8h00 – 13h00	Escola – aulas	Professores e Colegas
13h00 – 14h00	Almoço	Pais e Avós maternos
14h00 – 18h00	Centro de Estudos “Cria Gente”	Educadores, Tutores, Explicadores e Colegas
18h00 – 19h30	4ªs e 6ªs Natação em Barcarena	Professores de Natação e colegas
18h00 – 20h00	Ida para casa, higiene e ver TV	Pai
20h00 – 21h30	Jantar, ver TV com a família e Deitar	Pais e irmã

Períodos de Ausência do Pai

Pai com o L.
alguns dias
após o
nascimento



No verão de
2008 vai para
angola



No verão de
2011 vai para
os Açores



Entre 2012 e
2016 foi para
Timor
(estando
apenas 4
meses em
casa, neste
período)



História Pregressa



Fala: 12 meses



Marcha: 13
meses



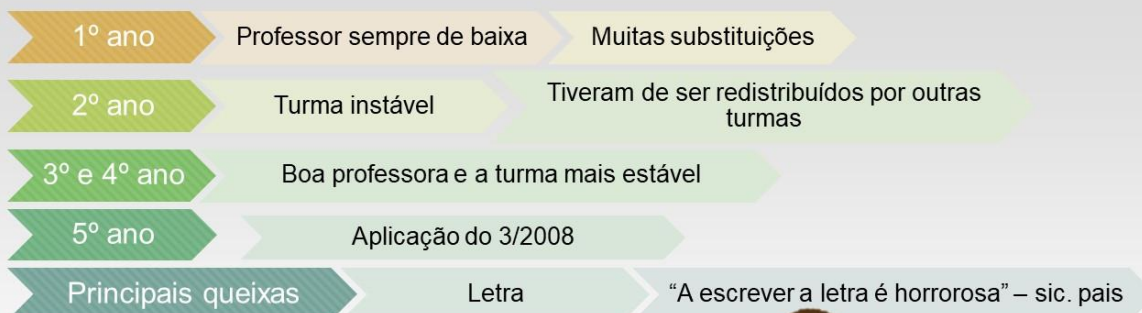
Saiu do quarto do
quarto dos pais
com 18 meses e
partilha quarto
com a irmã



Creche desde os
3 anos



Percurso Escolar



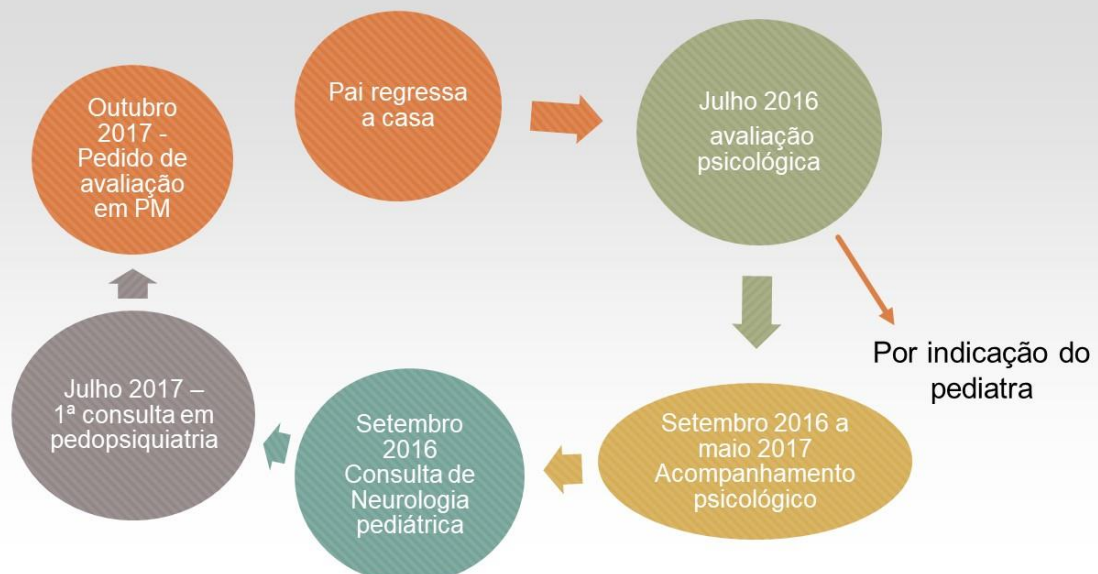
Percurso Escolar



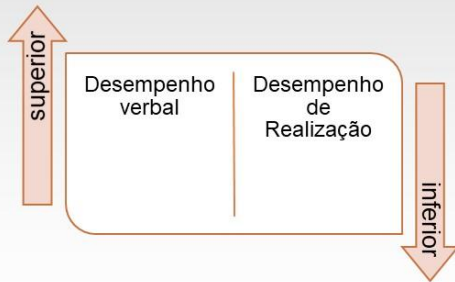
- **Passou para o 5º ano**, mas segundo os pais não devia ter passado por todas as dificuldades que tem (teve negativa a matemática e uma positiva baixa a português).
- **Notas do 1º período deste ano letivo:** Português = 2, as restantes disciplinas = 3
 - Pai afirma ter ficado surpreendido – está constantemente à espera de pior e passa este sentimento ao filho
- Desinteresse nos colegas



Percurso Clínico



Resultados da Avaliação Psicológica



Aplicação da WISC-III: Resultados dentro da média mas alguma heterogeneidade.

Resultados mais baixos em provas que apelam à capacidade de aprendizagem e de investimento em novas situações, na capacidade de planeamento e memória imediata.

O perfil sugere a presença de fatores emocionais e ligeiro défice de atenção e concentração.

Outras Informações

- Pais afirmam que os problemas a nível social estão resolvidos desde que começou o acompanhamento psicológico.
- Fez equitação mas desistiu assim que surgiu a 1ª dificuldade
- Faz natação mas já tentou desistir por achar que estava a ficar para trás (em relação aos colegas)



Na consulta de Psicomotricidade refere passar os intervalos muito agarrado ao telemóvel

Outras questões de saúde

- Referência na Anamnese de sonambulismo, mas atualmente é referido que o sono se encontra sem alterações



- Mais recentemente surgiu uma tosse sem causas orgânicas – **Tique?**



Como reage quando...



Está frustrado:

Fica furioso, bate com as portas, fica tenso, vermelho e quase a chorar



Está zangado:

“é um bocado chato” sic.
Não fala, bate com a porta, dá pontapés no cão, fica mal educado.



Está triste:

Mais parado.
“é como quando estou chateado” sic.

**“Quando faz
birras, vence
pela exaustão”**

Encaminhamento para a Psicomotricidade

Dificuldades na motricidade fina

Queixas relacionadas com a caligrafia

Problemas de socialização

Interesses restritos



PSICOMOTRICIDADE

Avaliação Inicial



Diagnóstico e Reeducação dos Problemas da Escrita
(a 26/10/2017)



Draw a Person Test
(a 26/10/2017)



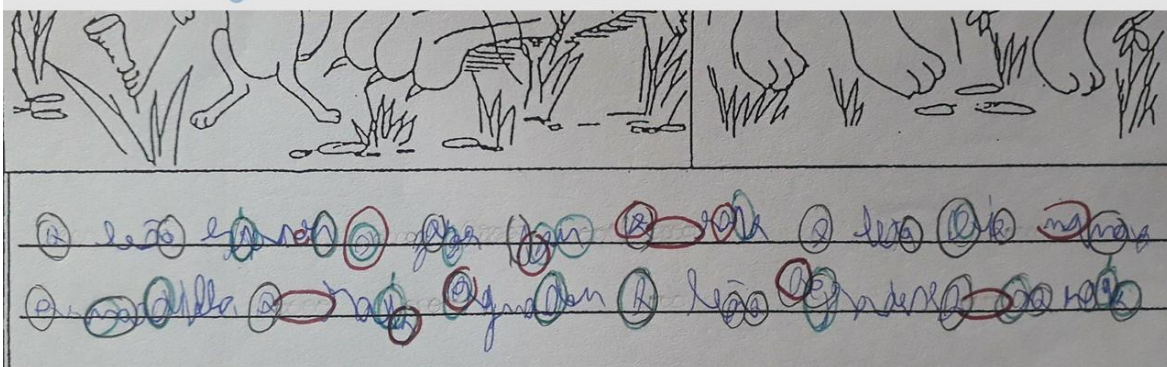
Grelha de Observação Comportamental
(a 26/10/2017)



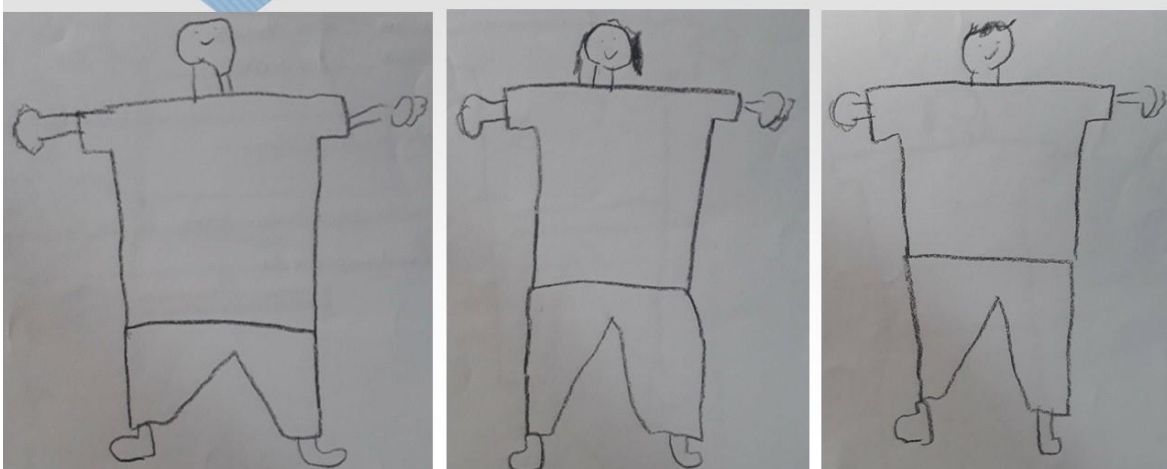
Bateria Psicomotora
(a 2/11/2017)



Diagnóstico e Reeducação dos Problemas da Escrita

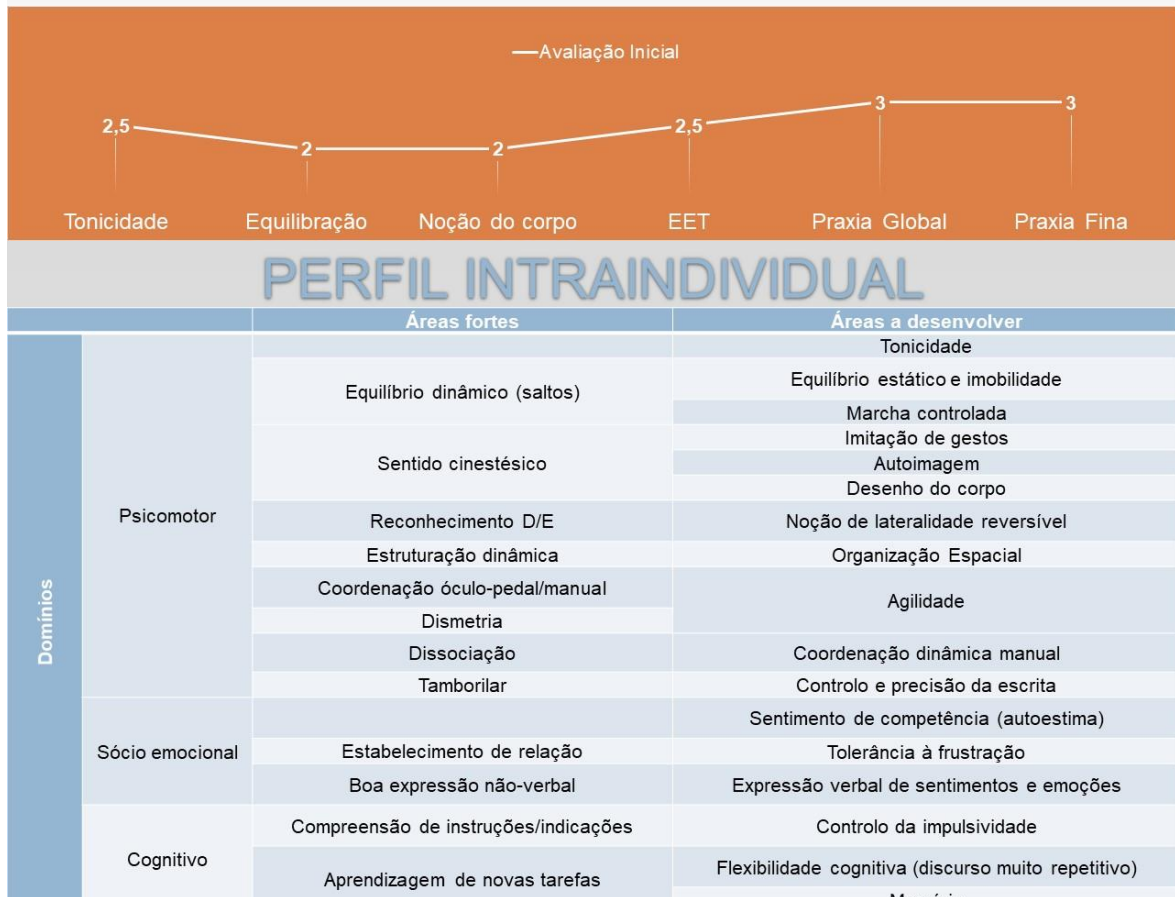


DAP Homem / Mulher / Próprio



PERFIL PSICOMOTOR

- Perfil que oscila entre uma **realização dispráxica**, o que sugere a existência de dificuldades de aprendizagem ligeiras, podendo sugerir algumas dificuldades ao nível da capacidade e planeamento das ações e uma **realização eupráxica** onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas.



Fatores de Risco

Períodos de separação do pai

Pouca disponibilidade da mãe

Pouco tempo livre/lazer durante a semana

Introdução na rotina escolar com uma turma instável

Exigência do pai (e.g. a nível académico)

Fatores de Proteção

Boa relação com a irmã

Acompanhamento psicológico prévio

Maior presença do pai nos últimos tempos

Integração recente numa turma estável

Presença frequente dos avós maternos

Hipóteses Explicativas

Aborto da mãe
(gravidez já avançada) –
eventualmente
mais
ansiedade (?)

Instabilidade
escolar, com
dificuldade
inicial de
adaptação

Pai pouco
presente

Falta de estudos em
concreto sobre o impacto no
desenvolvimento

Hipóteses explicativas



- O papel do pai no desenvolvimento da criança e a interação entre pai e filho é um dos fatores **decisivos para o desenvolvimento cognitivo e social**, facilitando a capacidade de aprendizagem e a integração da criança na comunidade (Mahler, 1993 cit. in Benczik, 2011).
- **O pai tem um papel estruturante** (Benczik, 2011).
- O pai é regulador da **capacidade da criança investir no mundo real**. Este papel começa a tornar-se fundamental entre seis e doze meses, quando se verifica a **triade** (Aberastury, 1991 cit. in Benczik, 2011).
- O contato corporal entre o bebê e o pai é referência na organização psíquica da criança, devido à sua função estruturante para o desenvolvimento do ego. No segundo ano de vida, já existe a imagem de **pai** (Aberastury, 1991 cit. in Benczik, 2011).

Hipóteses explicativas



- A presença do pai é que poderá facilitar à criança a explorar o mundo, a sociedade. Será permitido o acesso à agressividade, à afirmação de si, à capacidade de se defender e de explorar o ambiente (Comeau, 1991 cit. in Benczik, 2011).
- A ausência paterna tem pode **comprometer o desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança**, bem como influenciar o desenvolvimento de perturbações do comportamento (Eizirik e Bergamann, 2004 cit. in Benczik, 2011).
- A ausência do pai poderá promover, à criança, **sentimentos de grande desvalorização de si mesmas** (Ferrari, 1999 cit. in Benczik, 2011).
- Importância dos pais fornecerem uma **base segura** a partir da qual uma criança pode explorar o mundo exterior e a ele retornar caso seja necessário. A consequência dessa relação de apego é a construção (+/- aos 3 anos) de um sentimento de confiança e segurança da criança em relação a si mesma e, principalmente, em relação àqueles que a rodeiam (Bowlby, 1989 cit. in Benczik, 2011).

Hipóteses explicativas



- O professor tem um papel importante que consiste em agir como intermediário entre os conteúdos da aprendizagem e a atividade construtiva para assimilação dos mesmos (Brait, Ferreira de Macedo, Borges da Silva, Silva e Rezende de Souza, 2010).
- A relação professor/aluno em meio ao ensino/aprendizagem, depende fundamentalmente, do ambiente estabelecido pelo professor, da relação empática com seus alunos, de sua capacidade de ouvir, refletir e discutir (Brait et al., 2010).
- A relação professor/aluno gira em torno do professor adquirir um papel de auxiliar do desenvolvimento da criança (Brait et al., 2010).

Projeto Pedagógico-Terapêutico



Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a capacidade de regular estados tónicos	Consciencializar diferenças tónicas (contração/descontração; pressão/alívio)
	Permitir a mobilização de diversos segmentos corporais, acedendo à passividade
Promover uma postura menos hipertónica	Diminuir os níveis de vigilância, sendo capaz de fechar os olhos por alguns períodos
	Diminuir a presença de sincinesias bucais
Aumentar a capacidade de manutenção numa posição imóvel	Diminuir, progressivamente, a presença de quedas abruptas
	Aumentar, progressivamente, o tempo de manutenção em situações de equilíbrio unipedal e com apoio retilíneo
Melhorar o movimento de marcha controlada	Aumentar os momentos de toque entre o calcanhar e a ponta do pé
	Diminuir os desvios da linha desenhada no chão
Melhorar a autoimagem	Aumentar a precisão do toque, no movimento do dedo ao nariz
	Realizar ciclos completos do movimento, começando e terminando cada um deles na mesma posição
Promover a noção de lateralidade reversível	Identificar verbalmente os lados correspondentes aos segmentos corporais do outro
Devolver a capacidade de imitação de gestos	Identificar figuras a partir da sua observação externa
	Representar corporalmente figuras de observação externa
	Reproduzir, pelo menos três das quatro, sequências motoras da BPM, após a sua observação
Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a noção do corpo	Melhorar a capacidade de expressão gráfica do corpo e o seu investimento
Promover a competência de organização no espaço e tempo	Aumentar a capacidade de ajustamento da passada para realizar o número de passos desejados
	Promover a capacidade de relatar, por ordem, acontecimentos da sessão anterior
Promover movimentos de agilidade coordenados	Isolar movimentos sequenciais
	Realizar movimentos de acordo com sons produzidos, coordenando movimento ao estímulo sonoro
	Coordenar, progressivamente, MS e MI
Aumentar a coordenação dinâmica manual	Colocar peças numa plataforma instável, sem que estas caiam
	Diminuir, progressivamente, o tamanho das contas para enfiamentos
	Diminuir o tempo de realização total da prova de coordenação dinâmica manual
Melhorar o controlo e precisão da escrita	Desenhar letras isoladas diminuindo progressivamente o seu tamanho
	Escrever palavras de forma controlada e adequada numa folha pautada, respeitando a linha
	Aumentar a legibilidade da letra escrita, numa pequena composição (história do DRPE)
Melhorar a capacidade de integração visuomotor	Aumentar a precisão do traço desenhado, i.e., menos tremores, linhas mais retas e ângulos mais definidos
	Realizar círculos no sentido contrário ao ponteiro dos relógios, bem como, começar e terminar o desenho no mesmo ponto

Domínio Sócio emocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover sentimento de competência (autoestima)	Melhorar os limites de ação sem comparação direta com o outro
	Aumentar a verbalização de frases positivas sobre si
Promover a capacidade de lidar com a frustração	Desenvolver estratégias quando é vivenciada uma situação frustrante
	Reconhecer que precisa de ajuda e fazer o pedido
	Aumentar a capacidade de identificar a dificuldade
Desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos e emoções	Aumentar a associação verbal de emoções às situações descritas ou vividas em sessão
	Aumentar a capacidade de expressão emocional de experiências vividas, de diversas formas
	Melhorar a capacidade de imitação e reprodução das expressões do outro
Domínio Cognitivo	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver uma maior flexibilidade cognitiva	Melhorar a capacidade de exploração do meio
	Aumentar a capacidade de expressão verbal de situações positivas
Promover o controlo da impulsividade	Aumentar, progressivamente, os tempos de espera
	Planear as tarefas/atividades antes de as realizar
Desenvolver a capacidade de memória a médio prazo	Melhorar a capacidade de relembrar a sessão anterior

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Sessões semanais, com duração máxima
de 50 minutos



ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Criar uma relação
empática

Dar tempo/espço para
se autorregular

Explorar atividades nas
quais apresente
interesse

Privilegiar a expressão
simbólica e
reciprocamente a
enriquecer

Valorizar o esforço

Privilegiar a expressão
emocional não-verbal

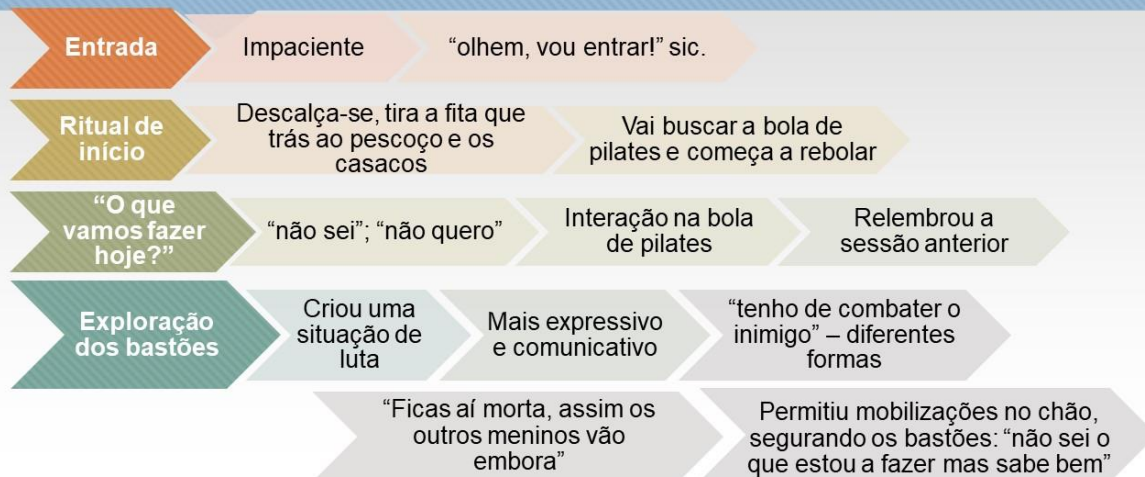
Aumentar a
possibilidade de
identificação com o
outro (percecionar que
o outro também tem
dificuldades)

Criar um objeto
transitório que possa
acompanhá-lo na
sessão e fora dela

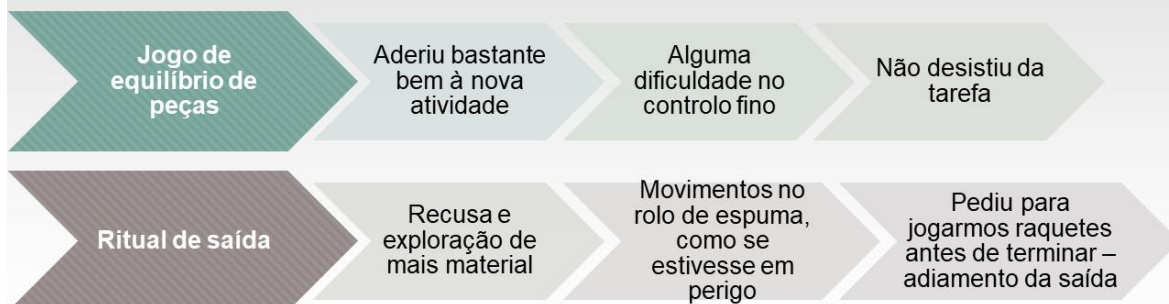
Não privilegiar a
utilização de materiais
de escrita

Diminuir,
progressivamente,
apoios que permitam a
manutenção de uma
posição imóvel

SESSÃO



SESSÃO



Referências

Benczik, E. B. P. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev. Psicopedagogia*, 28(85), 67-75. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000100007

Brait, L. F. R., Ferreira de Macedo, K. M., Borges da Silva, F., Silva, M. R. e Rezende de Souza, A. L. (2010). A RELAÇÃO PROFESSOR/ALUNO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM. *Itinerarius Reflectionis*, 6(1), 1-15. doi: <https://doi.org/10.5216/ir.v6i1.40868>

Anexo M

Apresentação de Caso Clínico



T.

Estagiária de Mestrado: Constança Varela

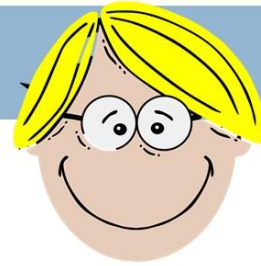
Orientador Académico: Prof. Dr. Rui Martins
Orientadora Local: Dra. Lídia Martins

3 abril 2018

ORGANIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO



IDENTIFICAÇÃO



- Nome: T.
- Gênero: masculino
- Data de Nascimento: 30/08/2007 Idade: 10 anos 6 meses
- Frequenta o 5º ano de escolaridade - EB de Miraflores
- Data da 1ª consulta em Pedopsiquiatria: 4/set/2017

GENOGRAMA



Informação presente no processo.

A mãe fala como pessoas mais próximas as suas irmãs e mãe (tias e avó).

Nenhuma referência aos avós paternos. Avô materno já faleceu.

MOTIVO DA 1ª CONSULTA – SETEMBRO 2017

Informação Médica de Família

- Criança sempre difícil
- Recusa alimentar e para tomar banho
- Enurese noturna (secundária) desde há 2 anos
- Mãe dorme com o T. a pedido deste
- Sintomatologia ansiosa/depressiva e obsessiva que se manifesta sob agressão verbal dirigida aos pais



Informação da Pedopsiquiatra

- Inclusão no DL 3/2008, mal aplicado
- Angústia de separação, ansiedade e fobias
- Dislexia, disortografia, disgrafia e PHDA

SINTOMAS

- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- Dislexia
- Disortografia
- Disgrafia
- Ansiedade
- Baixa tolerância à Frustração
- Fóbico
- Fixações e interesses restritos

DIAGNÓSTICOS

- 315.2 – Dificuldades Específicas na Aprendizagem
- 313.0 – Inquietação e Medos

HISTÓRIA PREGRESSA



Parto e desenvolvimento motor considerado normal, segundo a mãe.



Problemas de visão diagnosticados aos 4 anos. **Baixa acuidade visual.** Dificuldades corrigidas através da utilização de óculos (8 a 9 dioptrias em cada olho) – **Ambliopia bilateral severa.**



Otite Serosa. Perda parcial da audição. Vai ser operado em breve para corrigir e a mãe pede-me ajuda, diretamente, para dar esta notícia ao T..

HISTÓRIA PREGRESSA



Mãe sozinha nos cuidados ao T., afirma que o pai não consegue. “Ele não suporta o choro” sic., “Só agora é que o triângulo se começou a formar porque eles partilham os mesmos interesses (e.g. puzzles, lpad)” sic.



Segundo a mãe, **o pai tem um funcionamento muito semelhante ao T..** Fala de **experiências traumáticas na infância do pai** (e.g. maus tratos físicos e psicológicos, castigos severos) que não permitiram que se aproximasse do T. nos primeiros anos de vida. – Tentou iniciar acompanhamento psicológico mas desistiu.



Historial familiar de Perturbação Bipolar e de Parkinson (avós)

DIA TIPO



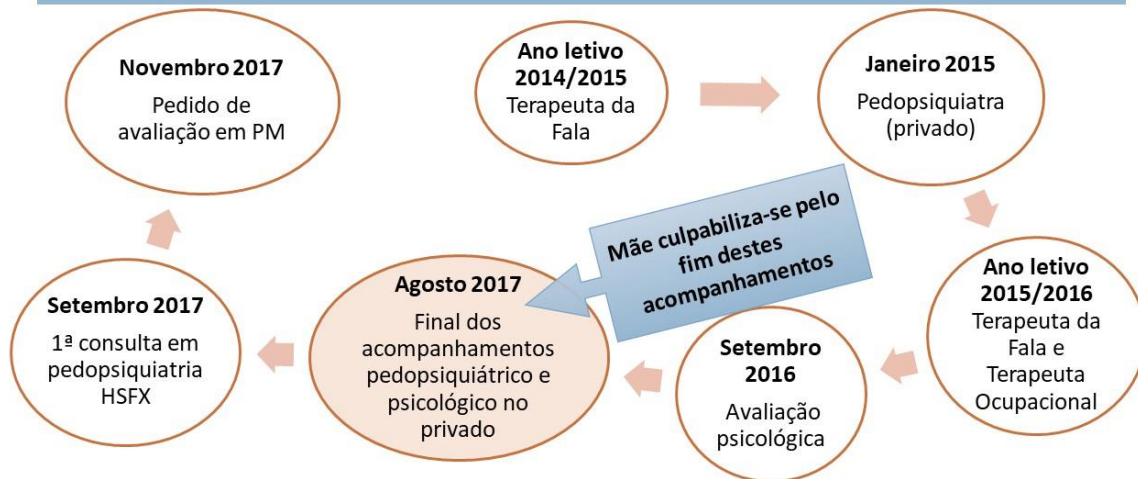
Intervalo de horas	Atividade desenvolvida	Quem está com a criança
7h20	Acordar	Mãe
7h25 – 7h40	Pequeno almoço e arranjar-se	Mãe
7h40	Atividade livre: Ipad, televisão	Sozinho
8h10	Ir para a escola	Sozinho
13h25	Almoço	Mãe
14h00	Atividade de lazer: televisão, Ipad, cartas, jogos, etc...	Sozinho/ mãe
15h30 – 17h00	Explicação	Explicadora
17h30	Lanche e atividade de lazer	Mãe e Cadela (Tuca)
19h00	Banho	Sozinho/ mãe
20h00	Jantar	Pais
20h30	Atividade de lazer	Cadela (Tuca)/ pais
21h20	Higiene/ lavar os dentes	Pai
21h30	Deitar	Mãe

PERCURSO ESCOLAR

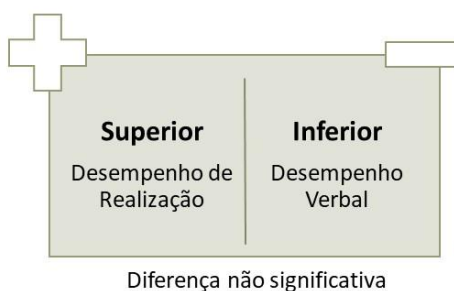


→ Sofreu de bullying na escola, mas a mãe não sabe situar quando nem por quanto tempo (+ agressão verbal). Pensa que atualmente já não acontece.

PERCURSO CLÍNICO



RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA



Desenvolvimento com fragilidades a vários níveis, nomeadamente: multissensorial, atencional, na capacidade de concentração, memória auditiva e de trabalho, na capacidade de antecipação e planificação, regulação das emoções, na leitura e na escrita.

Repercussões ao nível da aquisição e consolidação de novas aprendizagens.

Imaturidade emocional, pouco autónomo e baixa autoestima.

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHAMENTO PEDOPSIQUIÁTRICO

Ansiedade

Baixo
autoestima

Défice de
atenção

Insegurança

Diagnósticos:

Perturbação
Perturbação
Perturbação
Enurese



MEDICAÇÃO:

Ritalina 4,0 – 0 – 0 – 0
Risperidona 0,25 – 0 – 0,50 (ou 0,75 em SOS)
Minirim 0 – 0 – 0,12 (ou 0,24 em SOS)

graves nos
endizagem,
soais e na

ENCAMINHAMENTO PARA A PSICOMOTRICIDADE



Promoção da autonomia (devido ao
funcionamento simbiótico)



Promoção da imagem corporal



Trabalho das funções executivas



PSICOMOTRICIDADE

AVALIAÇÃO INICIAL



Bateria
Psicomotora
(a 23/11/2017)



Grelha de
Observação
Comportamental
(a 23/11/2017)



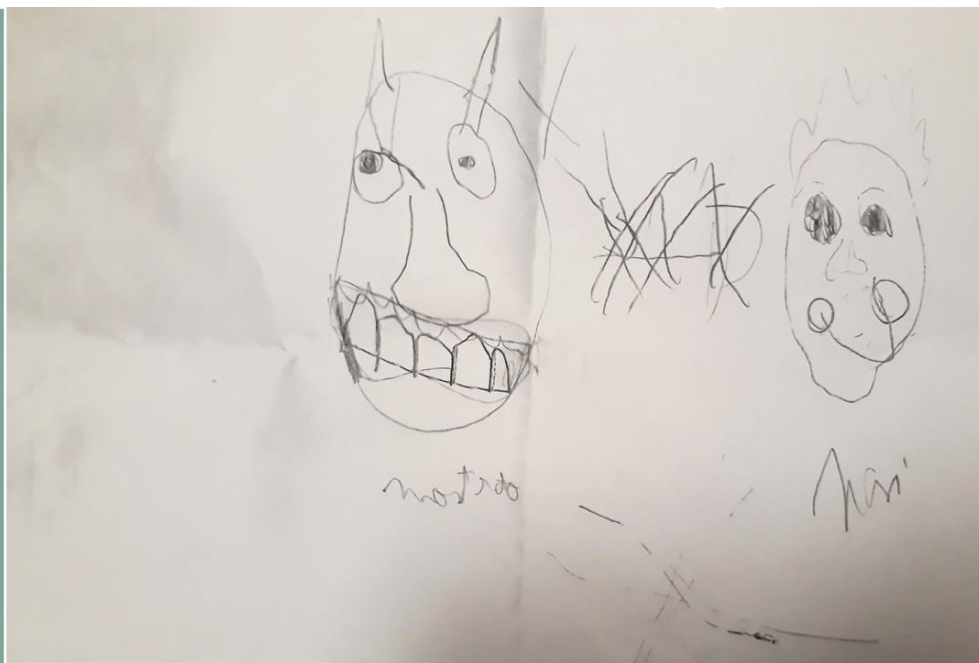
Draw a Person Test
(a 23/11/2017 e
7/12/2017)

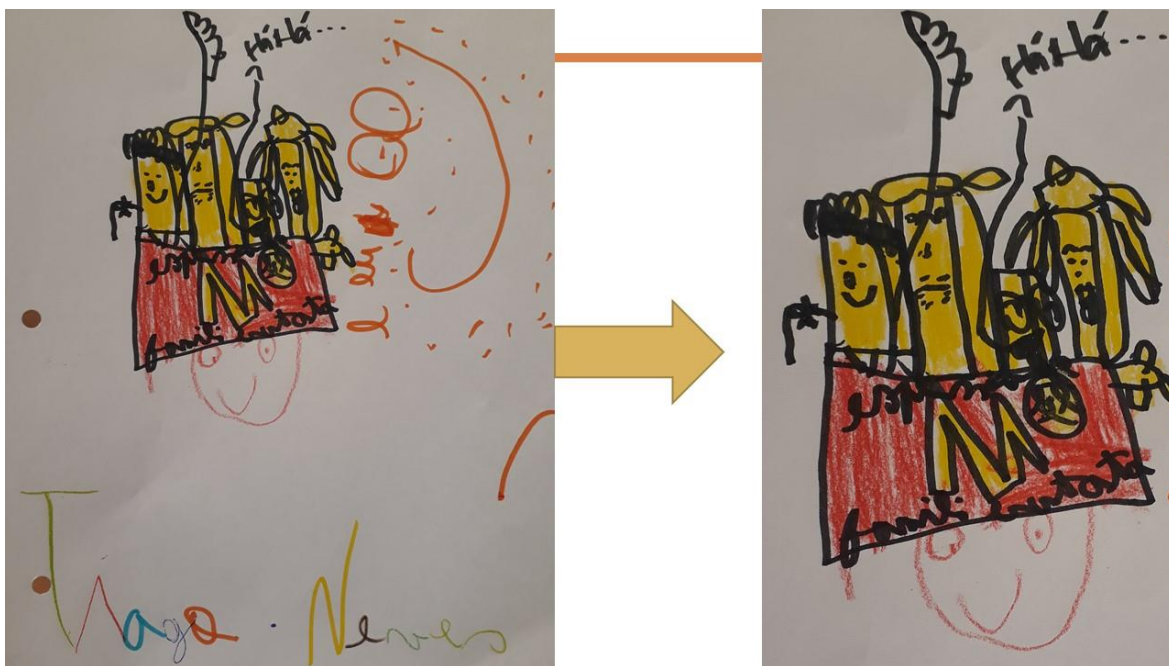


Escala "O que eu
penso e sinto"
(RCMAS)
(a 8/2/2018)



Prenda do dia do pai





PERFIL PSICOMOTOR

- Perfil que corresponde na sua maioria a uma **realização eupráxica** onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas.



OBSEVAÇÃO COMPORTAMENTAL



Tem pouca iniciativa, é inibido e está constantemente à espera de instruções

Tudo o que é dito é regra

Quando não se encontra em atividade permanece numa movimentação constante pela sala – impulsivo quando inicia a tarefa

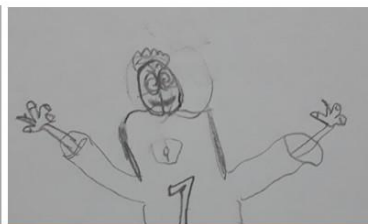
Contacto ansioso, por vezes evita o contacto ocular

Permanece atento e empenhado nas atividades, mesmo quando não tem sucesso

A exploração do espaço, é realizada de forma muito contida, muitas das vezes apenas com o olhar

É notória uma alteração significativa na velocidade do discurso aquando a presença dos pais - o T. fala de uma forma tão rápida que, por vezes, torna-se impercetível

DAP HOMEM / MULHER / PRÓPRIO



Desenhos dentro do espetável para a idade, embora se verifiquem alguns traços de imaturidade (e.g. braços direcionados para cima).

Muito investimento, principalmente no desenho do “próprio”, esgotando os 5 minutos máximos em todos e não conseguindo colorir o desenho de si, pois estava muito preocupado com os pormenores.

“O QUE EU PENSO E SINTO” (RCMAS)

Ansiedade muito relacionada com os **medos/fobias**, com o dormir (**pesadelos**), com os **testes**, o feedback dos pais, com a possibilidade de vivência de outra situação de **bullying**.

subescala
podem indicar a
presença de
respostas
fisiológicas à
ansiedade

problemas de internalização

Score total:
10/28

avaliador a determinar se
as repostas que estão a
ser dadas pelo avaliados
são verdadeiras (pode ser
apenas para “agradar” ao
adulto).

PERFIL INTRAINDIVIDUAL

		Áreas fortes	Áreas a desenvolver
Domínios	Psicomotor		Tonicidade (hipertonía)
		Equilíbrio dinâmico	Equilíbrio estático
		Sentido cinestésico	Lateralidade reversível
		Autoimagem	Imitação de gestos
		Estruturação Espacial	
		Coordenação óculo-manual	
		Dissociação	Agilidade
	Sócio emocional	Expressão gráfica	Coordenação dinâmica manual tamborilar
		Tolerância à frustração	Controlo dos níveis de excitabilidade
		Estabelecimento de relação	Sentimento de competência
		Cumprimento de regras	Expressão verbal de sentimentos e emoções
	Cognitivo	Compreensão de instruções/indicações	Autonomia (realização de tarefas)
			Controlo da impulsividade
Construção de ideias			
		Memória a médio prazo	

Fatores de Risco

Pouca presença/disponibilidade do pai

Superproteção da mãe

Presença de outras condições médicas

Corte de uma relação terapêutica boa
(com a anterior pedopsiquiatra)

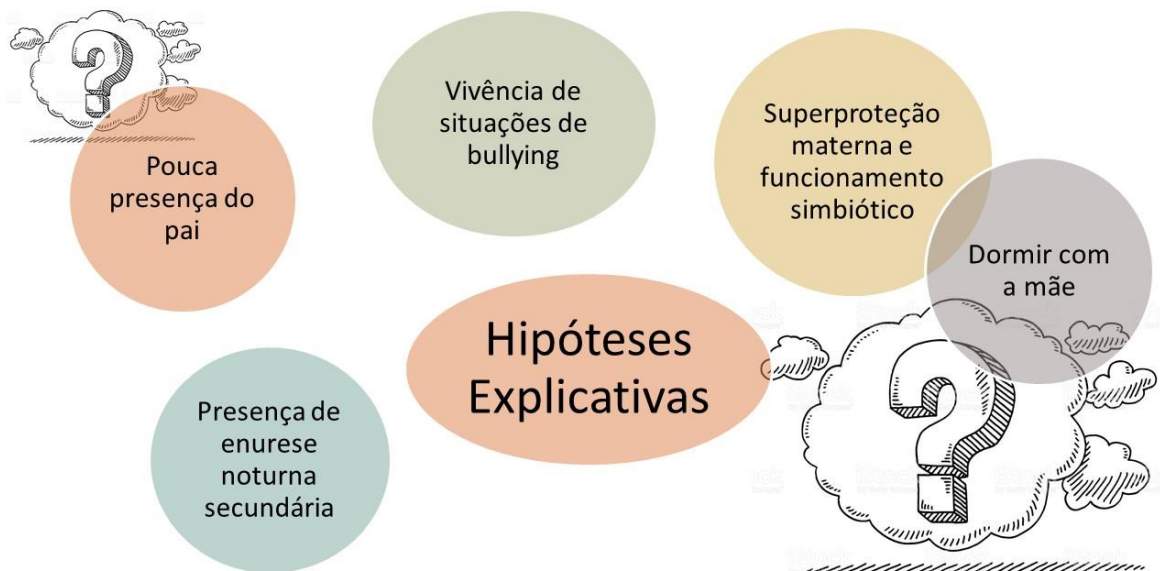
Vítima de bullying

Fatores de Proteção

Constantes repostas de
acompanhamento

Vontade da mãe querer mudar

Relação de confiança com a Tuca, que
permite autonomizar-se dos pais



HIPÓTESES EXPLICATIVAS – POUCA PRESENÇA DO PAI



- O papel do pai no desenvolvimento da criança e a interação entre pai e filho é um dos fatores **decisivos para o desenvolvimento cognitivo e social**, facilitando a capacidade de aprendizagem e a integração da criança na comunidade (Mahler, 1993 cit. in Benczik, 2011).
- **O pai tem um papel estruturante** (Benczik, 2011).
- O pai é regulador da **capacidade da criança investir no mundo real**. Este papel começa a tornar-se fundamental entre seis e doze meses, quando se verifica a tríade (Aberastury, 1991 cit. in Benczik, 2011).
- O contato corporal entre o bebé e o pai é referência na organização psíquica da criança, devido à sua função estruturante para o desenvolvimento do ego. No segundo ano de vida, já existe a imagem de pai (Aberastury, 1991 cit. in Benczik, 2011).
- As interações pai-criança ocorrem predominantemente por meio da brincadeira, o que pode ter um impacto direto sobre o desenvolvimento social e motor da criança (Manfroi, Macarini e Vieira, 2011).

HIPÓTESES EXPLICATIVAS – POUCA PRESENÇA DO PAI



- A presença do pai é que poderá facilitar à criança a explorar o mundo, a sociedade. Será permitido o acesso à agressividade, à afirmação de si, à capacidade de se defender e de explorar o ambiente (Corneau, 1991 cit. in Benczik, 2011).
- A ausência paterna tem pode **comprometer o desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança**, bem como influenciar o desenvolvimento de perturbações do comportamento (Eizirik e Bergamann, 2004 cit. in Benczik, 2011).
- A ausência do pai poderá promover, à criança, **sentimentos de grande desvalorização de si mesmas** (Ferrari, 1999 cit. in Benczik, 2011).
- Importância dos pais fornecerem uma **base segura** a partir da qual uma criança pode explorar o mundo exterior e a ele retornar caso seja necessário. A consequência dessa relação de apego é a construção (+/- aos 3 anos) de um sentimento de confiança e segurança da criança em relação a si mesma e, principalmente, em relação àqueles que a rodeiam (Bowlby, 1989 cit. in Benczik, 2011).

HIPÓTESES EXPLICATIVAS – SUPERPROTEÇÃO MATERNA



- A permanência da presença dos pais, para dormir, após os dois anos de idade **poderá ser causador de situações clínicas** (Maia, 2017).
- Muitas crianças que, por meio dos pais, recorrem a ajuda clínica, por questões de **ansiedade, comportamentos desadequados, fobias e medos, ainda dormem com os pais**. E, muitas das vezes os próprios pais fomentam esta situação, resistindo ao quebrar deste ciclo (Maia, 2017).
- **Como consequências para a criança:** perda da noção de limite entre si e a mãe; falta de autonomia; atraso em alcançar algumas metas desenvolvimentais (Maia, 2017).

HIPÓTESES EXPLICATIVAS – PRESENÇA DE ENURESE NOTURNA



- A enurese é **mais prevalente entre meninos** (Ferrari, Alckimn-Carvalho, Silvaes e Pereira, 2015).
- As crianças com enurese noturna têm uma **pior percepção de si em relação à aparência física e à sua autoestima**, comparativamente com outras crianças sem enurese. Existe igualmente uma aparente **tendência para uma percepção de competências escolares e aceitação social inferiores** nas crianças com enurese noturna. Estas crianças não têm boas experiências no seu corpo (Theunis, Van Hoecke, Paesbrugge, Hoebeke e Walle, 2002).
- Esta condição aparenta **ter implicações a vários níveis: sociais, cognitivos e de competências a nível global**, para a criança. Ainda, estes autores referem que os rapazes com enurese noturna, comparativamente com os rapazes sem este sintoma, têm uma **melhor noção relativamente à conduta comportamental**. Os rapazes mais velhos, com esta problemática apresentam maiores consequências ao nível psicológico (Theunis, Van Hoecke, Paesbrugge, Hoebeke e Walle, 2002).

HIPÓTESES EXPLICATIVAS – VIVÊNCIA DE BULLYING



- Perfil das vítimas: ano nível da personalidade, são crianças por norma, sinceras, **tímidas, introvertidas**, calmas, etc.; o facto de ser novo na escola, ter poucos amigos ou ser **superprotegido pelos pais**, são outras das características comuns; pertencer a grupos e ter interesses distintos ao grupo em geral; características físicas que o diferenciem dos restantes; ter **necessidades educativas especiais**; ter problemas de saúde (Picado, 2009).
- O bullying tem consequências negativas, que por vezes são consideradas irreversíveis, em todos os seus intervenientes. As vítimas, estando dependentes de alguns recursos/ajudas, correm o risco de não superar os traumas causados pela vivência de situações de bullying. Por essa razão, podem crescer com sentimentos negativos, com **baixa auto-estima**, acabando por se tornar futuramente adultos com **problemas ao nível do estabelecimento de relações interpessoais** (Picado, 2009).

HIPÓTESES EXPLICATIVAS – VIVÊNCIA DE BULLYING



- Mais tarde, estas crianças podem vir a **assumir comportamentos agressivos** (Picado, 2009; Brockenbrough et al., 2002 cit. in Smokowski e Kopasz, 2005). Estando igualmente mais propícios, futuramente, a desenvolver sintomas depressivos (Picado, 2009).
- Estudos comprovam com os rapazes estão mais prevalentemente presentes em situações de bullying, seja na posição de agressor ou na posição de vítima. Embora a maior ocorrência de situações de bullying parece estar o 2º ciclo, é referida uma necessidade de especial atenção aos alunos mais novos (Melim e Pereira, 2013).
- As vítimas podem sofrer de baixa **autoestima, solidão, depressão, ansiedade, absenteísmo e dificuldades académicas**. Estas podem, ainda, recorrer à violência como resposta ao bullying, seja de forma autolesiva, seja prejudicando outros alunos (Smokowski e Kopasz, 2005).

PROJETO PEDAGÓGICO- TERAPÊUTICO

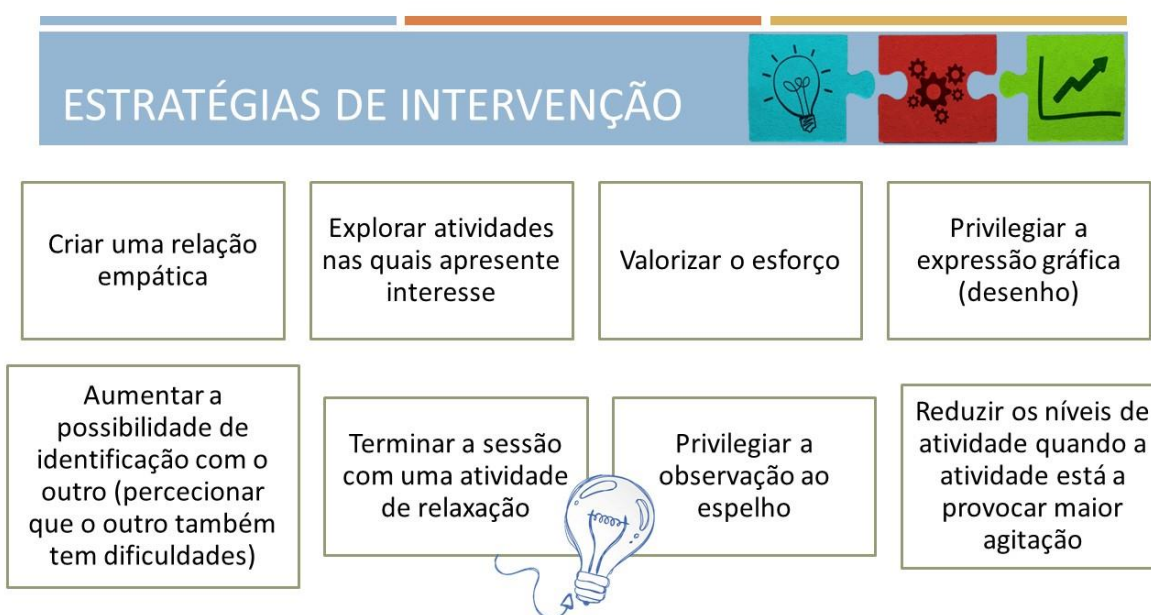


Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a capacidade de regular estados tónicos	<p>Consciencializar diferenças tónicas (contração/descontração; pressão/alívio)</p> <p>Permitir a mobilização de diversos segmentos corporais, acedendo à passividade</p>
Promover uma postura menos hipertónica	<p>Diminuir os níveis de vigilância, sendo capaz de fechar os olhos por alguns períodos</p> <p>Diminuir a presença de sincinesias bucais</p>
Aumentar a capacidade de manutenção numa posição imóvel	<p>Diminuir, progressivamente, a presença de quedas abruptas</p> <p>Aumentar, progressivamente, o tempo de manutenção em situações de equilíbrio unipedal e com apoio retilíneo</p>
Promover a noção de lateralidade reversível	<p>Identificar verbalmente os lados correspondentes aos segmentos corporais do outro</p>

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Devolver a capacidade de imitação de gestos	Identificar figuras a partir da sua observação externa
	Representar corporalmente figuras de observação externa
	Reproduzir, pelo menos, duas das quatro figuras da BPM, após a sua observação
Promover movimentos de agilidade coordenados	Isolar movimentos sequenciais
	Realizar movimentos de acordo com sons produzidos, coordenando movimento ao estímulo sonoro
	Coordenar, progressivamente, MS e MI
Melhorar a coordenação dinâmica manual	Colocar peças numa plataforma instável, sem que estas caiam
	Diminuir, progressivamente, o tamanho das contas para enfiamentos
	Diminuir o tempo total de realização da tarefa de coordenação dinâmica manual, da BPM
	Aumentar a coordenação distal, no movimento de tamborilar

Domínio Sócio emocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover sentimento de competência (autoestima)	Melhorar os limites de ação sem comparação direta com o outro
Promover a capacidade de expressão de sentimentos e emoções	Melhorar a capacidade de imitação e reprodução das expressões do outro
	Desenvolver a capacidade de expressão emocional de experiências vividas
	Aumentar os momentos de partilha e apreciação dos desenhos (expressão de situações vividas preferencial)
Promover a capacidade de autorregulação dos estados de excitabilidade	Melhorar a auto-perceção dos limites de ação
	Aumentar a capacidade de regular, autonomamente, os níveis de atividade
Promover capacidade de se autonomizar	Aumentar a capacidade de iniciativa e escolha de atividades
	Desenvolver a capacidade de organização dos tempos de sessão e materiais

Domínio Cognitivo	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a capacidade de construção de ideias	Planear as etapas/fases de cada ideia/tarefa
	Melhorar a capacidade de explicar detalhadamente a tarefa ao outro
Promover o controlo da impulsividade	Aumentar tempos de espera progressivamente maiores
	Planear as tarefas/atividades antes de as realizar
Desenvolver a capacidade de memória a médio prazo	Melhorar a capacidade de relembrar a sessão anterior



ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Sessões semanais.



Duração máxima de 50 minutos.



Continuidade mínima de 7 meses.



PSICOMOTRICIDADE

SESSÃO

Momento inicial – fora da sala

Vem apenas com o pai, que remete imediatamente as coisas para a mãe “ela hoje não pode vir mas na próxima semana fala consigo sobre aquelas coisas” sic. Contacto ansioso do T..

Conversa Inicial

Fala-me da sua semana e diz que está muito contente porque esta semana muita gente fez anos. Com dificuldade em parar, pega numa bola e começa a atirá-la contra a parede.

Atividade à escolha

Pede para ligar o rádio e começa a partilhar comigo aspetos relacionados com a escola, nomeadamente as notas dos testes.

Tento direcionar a sessão para uma atividade mais calma.

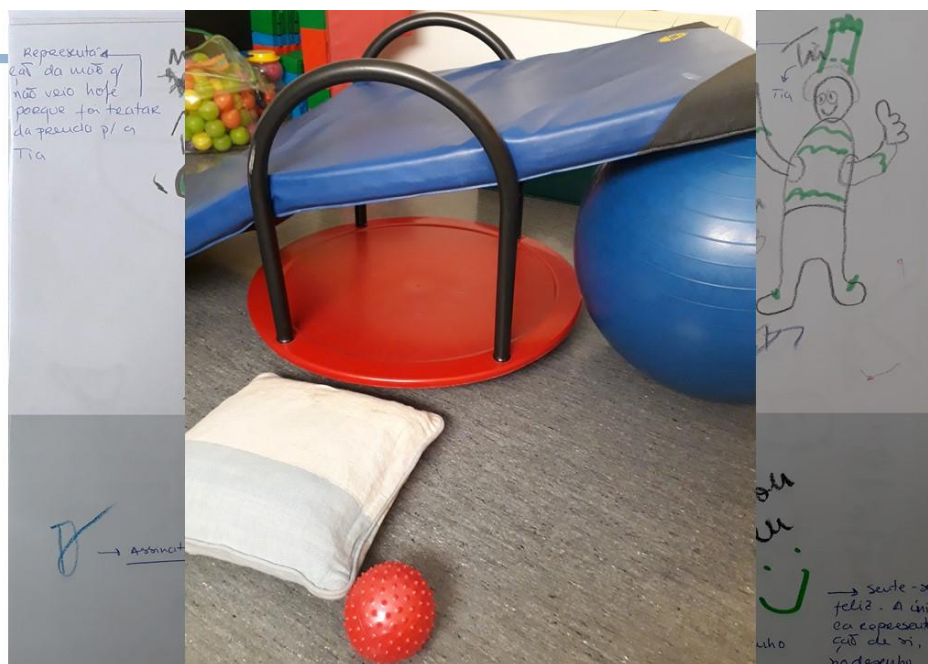
SESSÃO

Atividade à escolha - desenho

Aceita fazer um desenho sobre como se sente hoje e consegue falar sobre ele e elaborar a ideia.

Relaxação

Inicialmente escolhe os materiais e o espaço que pretende para o momento final de relaxação. Fecha os olhos por momentos muito curtos. Alguma dificuldade de acesso à passividade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Smokowski, P. R., e Kopasz, K. H. (2005). Bullying in School: An Overview of Types, Effects, Family Characteristics, and Intervention Strategies. *Children & Schools*, 27 (2), pp. 101-110. doi: 10.1093/cs/27.2.101;
- Picado, L. (2009). Bullying em contexto escolar. *O portal dos psicólogos*.
- Melim, M., Pereira, B. (2013) Bullying, Gênero e Idade. In P. Silva S. Souza, I. Neto (Eds.), O desenvolvimento humano: perspectivas para o século XXI – Memória, Lazer e Atuação Profissional. Volume 1 (292-316).
- Ferrari, R. A., Alckimn-Carvalho, F., Silves, E. F. M. e Pereira, R. F. (2015). Enurese noturna: associações entre gênero, impacto, intolerância materna e problemas de comportamento. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(1), 85-96.
- Theunis, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hoebeke, P. e Walle, J. V. (2002). Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. *European Urology*, 41, pp. 660-667.
- Ferrari, R. A., Alckimn-Carvalho, F., Silves, E. F. M. e Pereira, R. F. (2015). Enurese noturna: associações entre gênero, impacto, intolerância materna e problemas de comportamento. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(1), 85-96.
- Manfro, E. C., Macarini, S. M. e Vieira, M. L. (2011). Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 2011; 21(1): 59-69.
- Benczik, E. B. P. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev. Psicopedagogia*, 28(85), 67-75. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000100007
- Brait, L. F. R., Ferreira de Macedo, K. M., Borges da Silva, F., Silva, M. R. e Rezende de Souza, A. L. (2010). A RELAÇÃO PROFESSOR/ALUNO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM. *Itinerarius Reflectionis*, 6(1), 1-15. doi: <https://doi.org/10.5216/ir.v6i1.40868>
- Maia, L. A. C. R. (2017). Até quando dormirei com a minha mãe? “nunca!”. *O portal dos psicólogos*.

Anexo N

INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NAS PERTURBAÇÕES DE VINCULAÇÃO



Constança Varela¹, Glória Pereira¹, Mariana Costa¹, Ariana Rodrigues¹ e Rui Martins²

¹ Estudantes no mestrado em Reabilitação Psicomotora (Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa)

² Professor Associado na FMH-UL



XXIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência



1. Introdução

O presente póster incide sobre o enquadramento da intervenção psicomotora no âmbito do apoio clínico a crianças com problemas de vinculação, em contextos transdisciplinares de intervenção em Saúde Mental infantojuvenil.

A psicomotricidade é um espaço que permite à criança a progressiva construção e evolução do seu pensamento, promovendo a percepção e consciência corporal, a expressão e regulação das emoções e do comportamento e aumentando a sua adaptação aos contextos relacionais de forma segura e confiante. Desde as primeiras fases da ontogénese, em que o funcionamento relacional da diade, constitui o "motor" do desenvolvimento, a partir de uma simbiose fisiológica e afetiva, a criança vai estruturando os alicerces do seu EU numa dinâmica relacional onde predomina o diálogo tónico-emocional. A presença ou ausência do outro, a dinâmica de aproximação/afastamento, a dinâmica postural, gestual, as atividades de contenção, as síncronas rítmicas, o contacto térmico, constituem suportes essenciais à organização primária da criança, que quando inadequados podem provocar problemas de individualização e de gestão de distância, com os consequentes problemas na afirmação da identidade.

Desta forma, ao longo deste póster serão abordados temas como a Psicomotricidade, os tipos de vinculação, a relação entre a psicomotricidade e as perturbações de vinculação e os modelos internos operantes.

2. O que é a Psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil?



A psicomotricidade é uma atividade de mediação corporal, na qual a criança reencontra experiências sensório-motoras agradáveis, através de ações motoras, proporcionando a aquisição de processos simbólicos, com base na atividade lúdica. Combina o corpo com a parte cognitiva, o real com o imaginário, o espaço com o tempo.

A intervenção psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil apresenta um caráter preventivo e terapêutico, incidindo em diversas problemáticas, nomeadamente nas perturbações da vinculação (APP, s.d.).



OBJETIVOS

Compensar uma problemática situada na diade entre o psíquico e o somático, intercedendo sobre as diversas impressões e expressões do corpo, examinando o valor simbólico da ação (APP, s.d.). O ideal do Psicomotricista é o estabelecimento de uma relação com a criança pela qualidade das interações estabelecidas, para que a criança veja no terapeuta uma base segura, com proximidade e refúgio de ameaça, para que esta possa iniciar a exploração do mundo (Ramelli, 2007). Desta forma, apresenta um papel fundamental na organização das sensações, percepções e cognições, promovendo a planificação e programação das respostas motoras, tornando-as adaptativas. Esta intervenção, concorre para uma relação inteligível e consciencializada entre o sujeito e o envolvimento, melhorando a comunicação entre dados intracorporais e extracorporais (Fonseca, 2009; Fonseca, 2010). Assim, o Psicomotricista orienta as suas sessões para a partilha de experiências positivas e prazerosas (Bouscary, 2017).

METODOLOGIA

A intervenção psicomotora através de técnicas de consciencialização corporal, técnicas de relaxação, atividades motoras consciencializadas e atividades lúdicas e expressivas, explora o corpo no sentido de vivenciar as funções tônico-afetivas e cognitivas identificando em si mesmo o tempo, espaço, a comunicação e as relações com os outros, tendo em conta a funcionalidade do corpo, para uma promoção da qualidade de vida (Novais, 2004; Morais, Novais e Mateus, 2005).

Uma das características da terapia psicomotora é a sua capacidade de contenção, existindo qualidade na presença corporal através do trabalho do corpo e a capacidade expressiva do mesmo (Bouscary, 2017).

O jogo simbólico ganha aqui uma dimensão privilegiada, onde a comunicação não-verbal, a motricidade e o corpo em movimento presentes nas atividades lúdicas induzem situações emocionais por parte da criança, ligadas a conflitos internos e relacionais nos quais o Psicomotricista detém um papel mediador na gestão e consciencialização dos mesmos (Costa, 2008; Lapierre e Aucouturier, 1984; Vieira, 2014).

3. O que é a vinculação?



4. Quais as respostas da Psicomotricidade aos problemas de vinculação?

Vinculação Segura

- A criança sente-se ansiosa com a separação da mãe;
- Evita o estranho quando está sozinho, mas até consegue interagir com este se a mãe estiver presente;
- Quando se reencontra com a mãe demonstra felicidade, e utilizando-a como base-segura na exploração do meio.

Vinculação Insegura-Ambivalente

- Inquietação com a separação da mãe;
- Desconforto na presença do estranho;
- Ambivalência comportamental: reage negativamente perante o regresso da mãe e em simultâneo faz apelo à aproximação com um comportamento de protesto e solicitação pelo choro;
- Fraca exploração do ambiente.

Vinculação Insegura-Evitante

- Ausência de inquietação na separação da mãe;
- Interação com o estranho;
- Evitamento do contacto com a mãe após o reencontro com a mãe, mesmo quando a procura durante a sua ausência.

Vinculação Desorganizada

- A criança tanto protesta descontroladamente e quer o colo da mãe como adota uma postura imóvel e silenciosa;
- Postura de afastamento da figura de vinculação na presença do estranho;
- Comportamentos agressivos perante o afastamento da figura de vinculação.

Comportamentos de Agressividade

Através do brincar, a criança poderá expressar as suas angústias e experiências de ira, sendo que ao amadurecer deparar-se-á com uma outra alternativa: a construção. Na mesma perspetiva, é importante destacar que a agressividade é a expressão motora do desejo de destruição, afirmação e superioridade (Costa, Pereira e Fróis, 2016), que em contexto de sessão poderá manifestar-se simbolicamente através de batalhas e perseguições, nas quais são experimentados papéis de supremacia e onnipotência pela criança.

Comportamentos de Evitação

Novamente está presente a dinâmica simbólica, já que brincar proporciona a capacidade da criança exteriorizar o mundo real, refletindo ao mesmo tempo a sua realidade interna (Winnicott, 1979). Neste sentido, podem surgir situações relacionadas com o cuidar e o ser cuidado, num espaço onde os objetos ganham vida transformam-se num lugar de proteção e contenção (Costa, 2008). Estas atividades de contenção, de imitação, onde o toque e a relação calorosa estão presentes na relação entre a criança e o Psicomotricista, evocam vivências de cariz regressivo, que se assemelham aos movimentos corporais voluntários e involuntários e reações posturais (expressões faciais e mímicas), que ocorrem na diade mãe-bebê e vão tornando consciente a existência de um "EU" (Almeida, 2014).

5. Bibliografia

- [illegible]

Anexo O



Constança Varela

Local de Estágio:

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA) do Hospital São Francisco Xavier presta cuidados de saúde mental a utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos, inclusive. Os principais motivos de encaminhamento para este serviço são: as alterações do comportamento, os sintomas depressivos/ansiosos e as dificuldades de aprendizagem (Maia, 2011).

Referência bibliográfica: Maia, G. (2011). O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. *Jornal Do Centro*, (60), 4-5.

Neste serviço a Psicomotricidade é uma valência bastante reconhecida sendo que, atualmente são seguidos cerca de 36 crianças e adolescentes com diversas problemáticas. Como estagiária, acompanho quatro casos em co-terapia, seis casos individuais e outros três casos que constituem um grupo de adolescentes. Desta forma, acompanho um total de 13 casos com idades que variam entre os 4 e os 15 anos. Este estágio é orientado academicamente pelo Prof. Doutor Rui Martins e conta com a orientação no local pela Dr.ª Lídia Martins.



Desafios:

Saliento essencialmente a capacidade de adaptação como um desafio que precisei de superar como estagiária. Uma adaptação não só em relação ao funcionamento e dinâmica da equipa como também aos “horários livres” para intervenção. Continua, ainda, a ser um desafio pessoal colocar-me à vontade na minha expressão enquanto co-terapeuta pois, aquando a presença de um terceiro na minha relação com a criança, torno-me mais contida.

Conquistas:

Tive várias conquistas neste estágio que me fizeram, sem dúvida, crescer a nível pessoal e profissional. A minha capacidade empreendedora e criação foi posta à prova e consegui construir um grupo terapêutico de adolescentes, superando algumas expetativas. O contacto diário com os pais e o teste à minha capacidade de filtrar e adequar a informação recebida e transmitida, foi uma aprendizagem constante. Por fim, saliento o reconhecimento que sinto por parte da equipa com quem trabalho diariamente.

Para os futuros Estagiários:

Arrisquei e acredito que não podia ter escolhido um local de estágio que me ensinasse tanto sobre a minha profissão. Arrisca tu também e aproveita cada dia, pois passa a correr! Aqui construímos casas e refúgios, declaramos guerras, demonstramos carinho e partilhamos confidências, mas acima de tudo isso somos felizes, crescemos e tornamo-nos mais fortes para superar qualquer adversidade.

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

f MH



Semana da Reabilitação Psicomotora

14 a 18 de maio de 2018

Anexo P

CHLO – Hospital São Francisco Xavier

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência

GRUPO TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES

Estágio Curricular de Mestrado em Reabilitação Psicomotora



Estagiária: Psicomotricista Constança Varela

Orientador Académico: Prof. Dr. Rui Martins | **Orientadora Local:** Dra. Lídia Martins

Junho de 2018



Organização da Apresentação

- Introdução Teórica
- Informações Gerais
- Critérios de Encaminhamento
- Constituição do Grupo
- Motivos de Encaminhamento
- Planeamento do programa de Intervenção
- Fases de Intervenção



- Estrutura da Sessão
- Avaliação Formal
- Assiduidade
- Resultados qualitativos
- Dificuldades
- Recomendações e Conclusões
- Referências bibliográficas

Introdução Teórica

Intervenção em Grupo



A indicação terapêutica de uma intervenção em grupo, na fase da adolescência, parece ter uma grande importância. O grupo possibilita a criação de um espaço de identificação com os pares e de segurança (Poncet, 2014).

No início da intervenção, a coesão deve ser coadjuvada com as necessidades de proteção, segurança e afeto. Para tal, devem ser realizadas atividades de grupo simbólicas e “rituais” que criam laços afetivos positivos, bem como a partilha de ideais e interesses (Valcarce, 2009).

Matos (2005), salienta a importância da intervenção com enfoque nas competências pessoais e sociais, pois permite a promoção do autoconhecimento e autoconceito, a reflexão sobre as relações sociais e as suas vivências diárias. Consequentemente, são descobertas novas estratégias ao nível da autorregulação e resolução de problemas.

Informações Gerais

Técnicos: Constança Varela (Psicomotricista, estagiária) e Giulia Riggi (Interna de Pedopsiquiatria)

Horário: Sexta feira à tarde (regime pós-laboral devido às aulas)

Local: Sala Polivalente do Serviço de Pedopsiquiatria

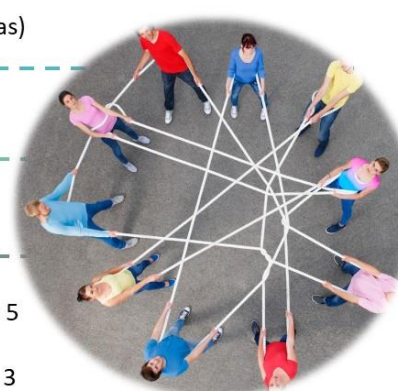
Duração: 50/60 minutos



Faixa etária: Adolescentes

Máximo de participantes: 5

Mínimo de participantes: 3



Crítérios de encaminhamento:

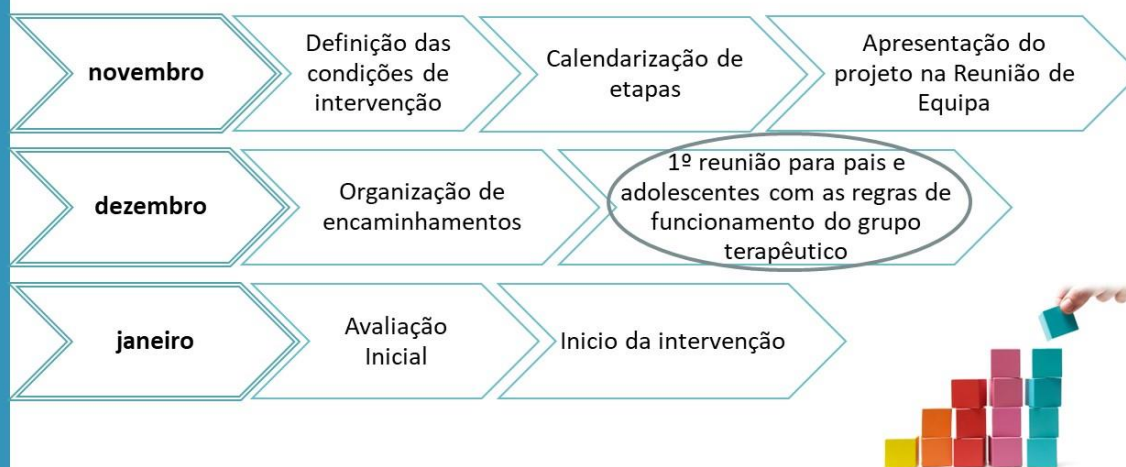


- ✓ Dificuldade em aceder à passividade;
- ✓ Alterações na perceção da noção corporal (esquema e imagem);
- ✓ Baixo insight;
- ✓ Baixo autoestima e autoconfiança;
- ✓ Dificuldade em expressar sentimentos e emoções;
- ✓ Dificuldade na gestão da frustração;
- ✓ Dificuldades de socialização.

Crítério de Exclusão:

Casos que apresentem
sintomatologia psicótica.

Planeamento do programa de intervenção



Calendarização

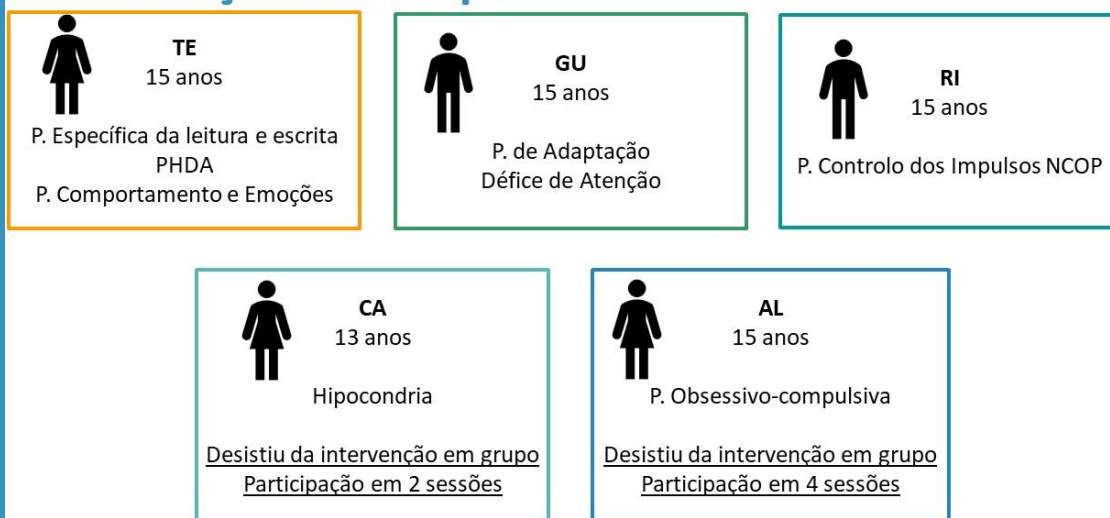
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
	2	2	6 (Férias da Páscoa)	4	1
12	9	9	13	11	8
19	16	16	20	18	15
26	23	23	27	25	
		30 (Férias da Páscoa)			

Nas férias escolares da páscoa não foram realizadas sessões.

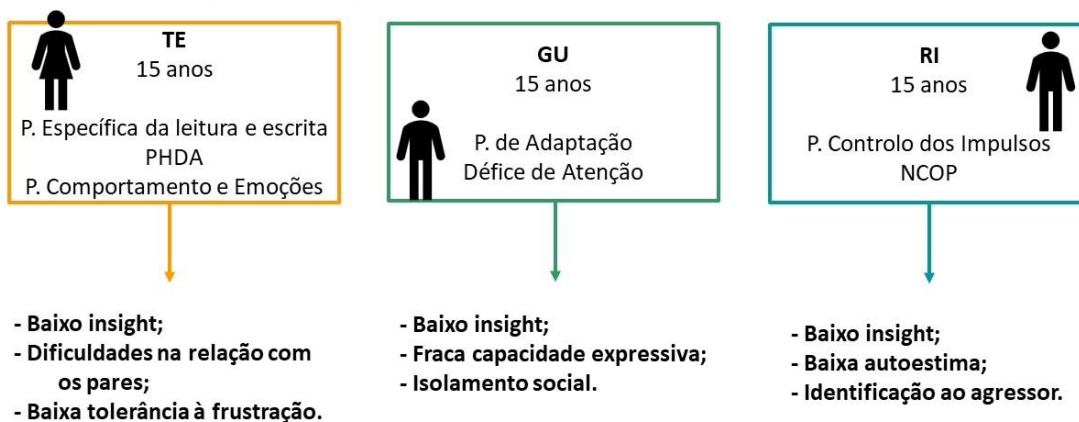
No dia 13 de abril a sessão foi desmarcada.

Total de sessões agendadas: 20

Constituição do Grupo



Motivos de Encaminhamento



Fases de Intervenção



Fase inicial



Definição dos “cuidados a ter”	<ul style="list-style-type: none"> - Ser pontual; - Não faltar mais do que 5 vezes; - Tudo o que se fala no grupo, fica no grupo; - Quando referimos algo menos positivo sobre alguém, devemos ter cuidado na forma como o fazemos; - Todos podem sugerir atividades.
Atividade apresentação e quebra-gelo	Teia e Círculo de gestos.

Fase intermédia



Capacidade de partilha de experiências	Rotina da conversa inicial e reflexão final. Atividade de identificação de frases. Telefone estragado. Partilha do objeto significativo.
Identificar e expressar de sentimentos e emoções	Reforçar quando partilham e pedir opinião dos restantes – colocação no lugar do outro. Atividade da máscara. Jogo de tabuleiro humano.
Capacidade de iniciativa	Não estabelecer ordem de participação. Dar sempre a possibilidade de sugerir uma atividade, antes da nossa proposta. Exemplos de atividades propostas: “quem é quem?”, UNO, criar uma coreografia.
Capacidade de resolução de situações problema	Apresentação de uma situação problema: O balão. Construção conjunta com os objetos (sem utilização da expressão verbal). Orientação em labirinto (sem utilização da expressão verbal).

Estrutura de Sessão

Conversa Inicial

Construção do próprio espaço e partilha de momentos significativos da semana

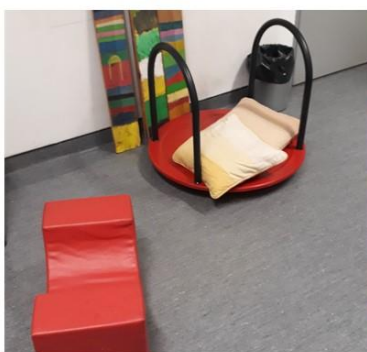


Corpo de sessão

Realização das atividades planeadas ou propostas pelos jovens

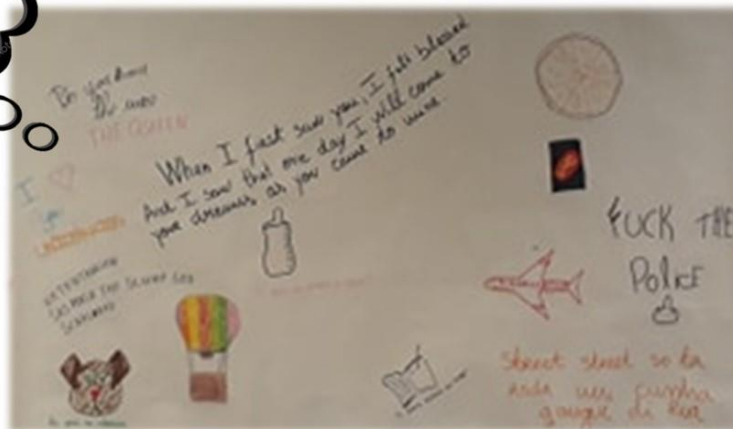


Momento de reflexão e “até para a semana”



PERSONALIZAÇÃO DO ESPAÇO DE INTERVENÇÃO

Porque escrever e
desenhar ajuda a
pensar...



Atividades preferenciais / dificuldades



TE

Preferência por atividades estruturadas.
Atitude mobilizadora.
Evolução na partilha espontânea, preferência da expressão verbal.
Não preferência pela expressão gráfica.



GU

Recorre muito aos plastrons e às luvas, como forma de expressão, quando vem mais triste.
Recorre maioritariamente à expressão através de mímica e da dramatização.
Maior utilização da expressão verbal quando está sozinho.



RI

Preferência de utilização da expressão gráfica por não implicar diretamente a expressão verbal.
Cria o seu espaço, específico na tela.
Dificuldade de resolução de problemas em equipa – desiste.

Instrumento de Avaliação

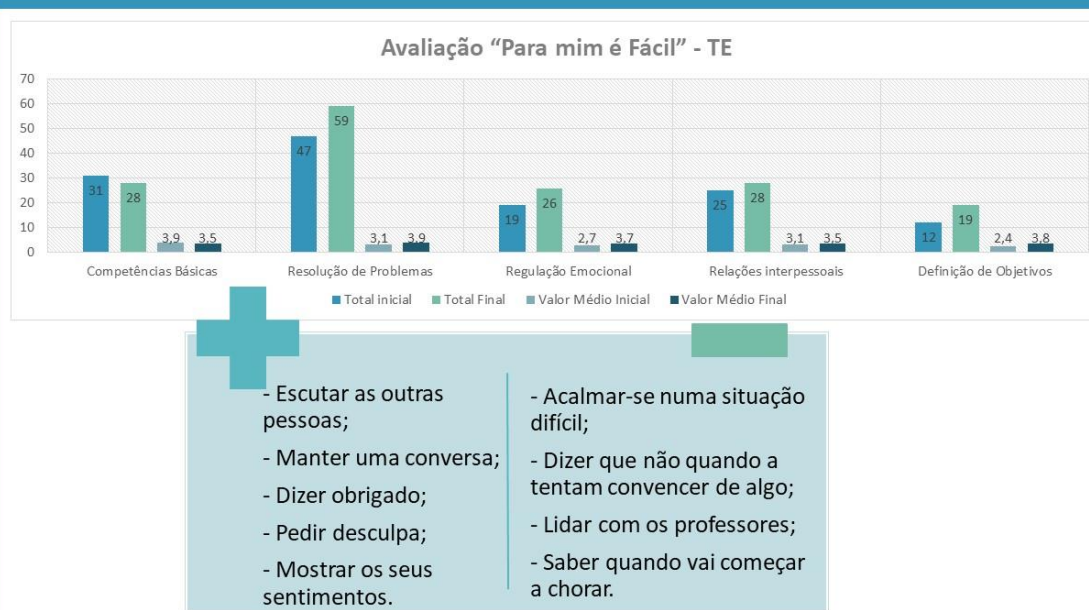
“Para mim é fácil”: Escala de Avaliação de Competências Pessoais e Sociais

Gaspar, T., Matos, M. G. e Aventura Social (2013)

Objetivo de avaliação das competências tendo por base uma **perspetiva positiva**, contrariando a tendência de avaliação da carência de competências.

É uma escala de autopreenchimento constituída por **43 itens** que avaliam **5 dimensões** distintas. As situações colocadas começam todas por “Para mim é fácil ...”. Quanto maior for o valor obtido nas cotações, maiores são as consideradas as competências pessoais e sociais.

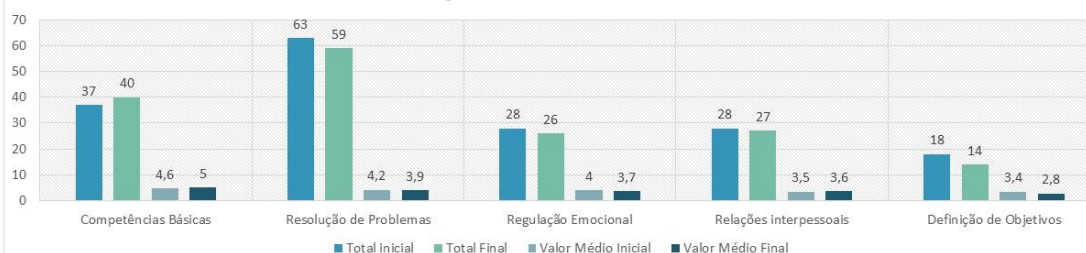
Dimensões	Competências Básicas	Resolução de problemas	Regulação Emocional	Relações interpessoais	Definição de Objetivos
Cotação Máxima	40	75	35	40	25



Maior investimento na expressão gráfica. Embora ainda não se sinta à vontade para desenhar uma imagem de si, demonstra a descoberta de algo que gosta e com o qual se identifica.



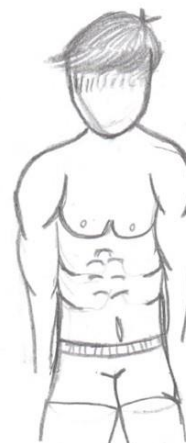
Avaliação “Para mim é Fácil” - GU



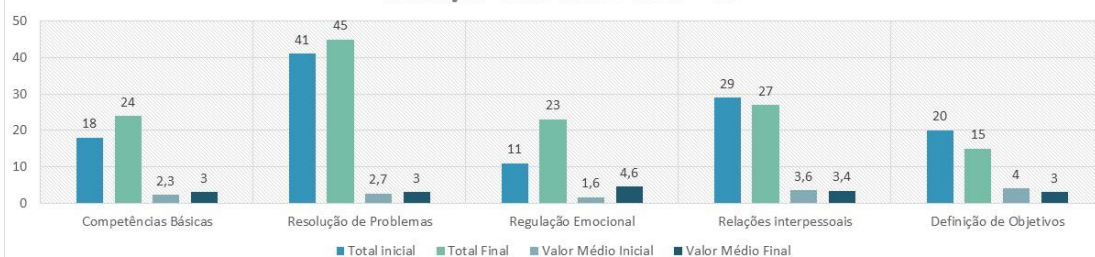
Para o GU é mais fácil escutar as outras pessoas, dizer obrigado, dar elogios, pedir desculpa, compreender os sentimentos dos outros, pedir autorização, partilhar coisas, controlar-se, dizer não quando o tentam convencer de algo, lidar com os colegas e com os professores, saber o que fazer em situações complicadas, reconhecer o que sabe fazer bem, ajudar alguém que precisa, fazer algo que o faça sentir melhor quando está triste, mudar o comportamento para fazer o que quer, iniciar uma nova tarefa quando já está cansado, concentrar-se no trabalho mesmo com os colegas a falar, deixar-se levar pelas emoções, não fazer uma coisa quando sabe que não deve.

No entanto, falar com uma pessoa que não conhece é a situação que identifica como **mais difícil**.

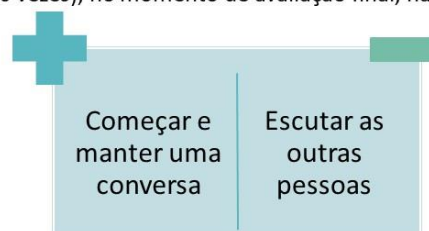
Mais investido na expressão gráfica do próprio corpo. Permanece sem representar o rosto, que permanece como a parte do corpo que menos gosta.



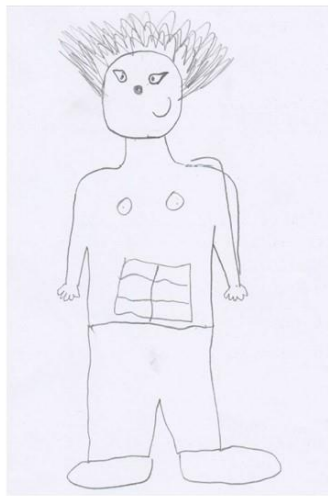
Avaliação “Para mim é Fácil” – RI



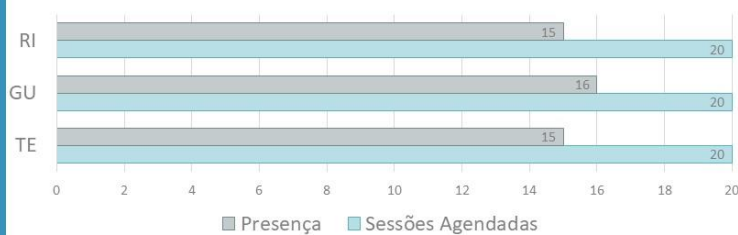
É importante salientar que estes resultados podem não corresponder à verdade, uma vez que o avaliado respondeu na sua maioria uma resposta intermédia (3- algumas vezes), no momento de avaliação final, não mostrando interesse em ler todos os itens do instrumento.



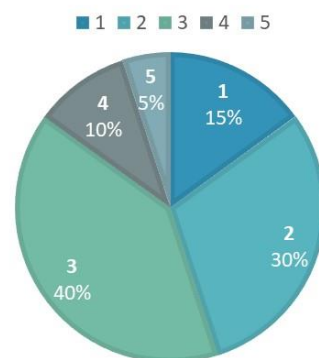
Identificação a uma figura aparentemente mais agradável. Resultado que não reflete o potencial cognitivo e representativo da dificuldade de se expor e representar tal como é, permanecendo assim com alguns mecanismos de defesa.



Assiduidade



Nº DE ELEMENTOS POR SESSÃO



Maioria das sessões foram realizadas com 3 elementos, embora estas apenas representem 40% das sessões realizadas.



COORDENAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Resultados Qualitativos



Maior capacidade de **partilhar as emoções e verbalizar os próprios sentimentos/preocupações.**

Aumento geral da capacidade de ouvir o outro e de aconselhar de forma cuidada.

Maior implicação nas atividades.

Observadores - Agentes

Construção de uma coreografia conjunta

Desenvolvimento da espontaneidade e da disponibilidade, em conjunto com os outros.

Resultados Qualitativos



Criação da sua máscara e posterior crítica. Aconselhamento da TE

Mudança de atitude para com os outros.

TE: maior assertividade e espontaneidade;

RI: maior capacidade de respeitar os limites, maior implicação nas atividades;

GU: reforço do sentimento de identidade – individualidade.

RI: momentos de maior sinceridade/crítica para com as próprias atitudes.

GU: maior identificação do serviço como local de apoio.

Inicialmente pouco participativa e posteriormente partilha mais a sua situação familiar e opiniões.

“Os bandidos não têm só um lado mau, podemos ver as coisas boas!” *sic.*

“Mais ninguém sente que está aqui a perder tempo? Não sentem que têm coisas mais importantes para fazer?” *sic.*

“Obrigado por me aturarem!” *sic.*

“Já não sei o que quero!” *sic.*

Identificação com o Boxe e definição de objetivos a cumprir

Dificuldades



Duração ideal

Não realizável por razões logísticas, teria sido a realização ao longo de todo o ano letivo. As mudanças observadas poderiam beneficiar de algum tempo de consolidação.

Interrupção não planeada

O prolongamento da pausa da Páscoa, pareceu uma quebra na fase intermédia de intervenção.



Adesão das famílias

Famílias pouco vinculadas ao processo de intervenção, facilitando a existência de faltas.

Número reduzido de elementos

Aumentando o risco de entrar num registo de competição na ausência da TE.

Recomendações e Conclusões

Medidas para aumentar a adesão das famílias teriam sido úteis para reduzir o de número de faltas e aumentar o efeito terapêutico através de uma maior continuidade das sessões.

Maior eficácia no processo de encaminhamento teria possibilitado a realização de todas as etapas previstas, nomeadamente a reunião com os pais e adolescentes.

Acompanhamento terapêutico semanal num contexto em que a relação com os pares é primordial.

Referências Bibliográficas



Gaspar, T. e Matos, M. G. (2015). "PARA MIM É FÁCIL": ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 16(2), 195-206.

Matos, M. (2005). Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. (3ªed.). Cruz Quebrada: FMH Edições;

Poncet, S. (2014). Entre psychomotricité et éducation physique. Ecole de la Rue des Philosophes, Yverdon-les-Bains. Retirado de <http://www.verdeil.ch/entre-psychomotricite-et-education-physique/>;

Valcarce, P. A. (2009). Factores Terapéuticos en Relación el Proceso Dinámico Grupal. In Bouza, M. F. (Eds.), *MANUAL DE FORMACION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA* (pp. 365-366). Retirado de <http://www.lulu.com/es>.

Anexo Q

Relatório de avaliação Inicial do A.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: A.

Data de nascimento: 3/7/2013

Idade: 4 anos e 5 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o pré-escolar.

Enquadramento clínico da Avaliação

O A. foi referenciado para a consulta em psicomotricidade em julho de 2017, vem referenciado pela médica de família por alterações do comportamento e dificuldades de concentração. Os pais têm uma situação de divórcio recente, o A. permanece em casa da mãe e visita o pai quinzenalmente.

Foi seguido até janeiro de 2017 pelo [redacted], é seguido na consulta de pedopsiquiatria pelo [redacted] desde abril de 2017. Atualmente, o A. tem como diagnósticos: inquietação e medos e, outras perturbações específicas da infância/adolescência. O plano terapêutico passa por consultas terapêuticas familiares, sem psicofarmacologia.

O pedido de avaliação psicomotora foi realizado através do Pedopsiquiatra [redacted], com as seguintes indicações: grandes alterações do comportamento, com impulsividade e episódios de heteroagressividade.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

A avaliação contou com a aplicação da *Behavior Assessment System for Children* (BASC) (Reynolds e Kamphaus, 1992) aos pais e à professora, com o objetivo de avaliar o comportamento do A. através de um método multidimensional e multicontextual. Adicionalmente, foi realizada uma observação informal do comportamento, atitudes e competências.

Resultados da BASC: Do ponto de vista da professora os comportamentos mais preocupantes estão maioritariamente relacionados com a agressividade, as competências sociais, a hiperatividade e a atipicidade. Por outro lado, os pais assinalam como comportamentos que apresentam maior cuidado os que estão relacionados com a hiperatividade, seguindo-se comportamentos agressivos, problemas de atenção, competências sociais, atipicidade e de depressão.

Desta forma, a Professora descreve o A. como uma criança que frequentemente tem comportamentos agressivos como magoar os outros, dar-lhes ordens e critica-os e discute quando é contrariado. Embora este não seja o tipo de comportamento que parece preocupar os pais, estes referem o mesmo tipo de comportamentos em casa, acrescentando que frequentemente estraga objetos que não lhe pertencem, bate e chama nomes a outras.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



Para os pais, segue-se a hiperatividade do A., onde referem que frequentemente age sem pensar e tem dificuldade no controlo da impulsividade, trepa móveis, interrompe conversas alheias, mexe em objetos que não deve e não consegue permanecer sentado durante uma refeição. Estes tipos de comportamentos vão ao encontro do que a professora refere do A. no ambiente escolar, acrescentando que frequentemente este incomoda os colegas enquanto estes trabalham.

Tanto os pais como a professora, referem que o A. nunca oferece ajuda a terceiros nem os felicita quando lhes acontecem coisas agradáveis. No entanto os pais apresentam uma perspetiva pior das competências sociais do A., referindo que este apenas ocasionalmente tem um contacto ocular adequado.

Já no que respeita a comportamentos atípicos são referidos comportamentos pela professora como o A. se apresentar inexpressivo, ver coisas que não existe e brincar na casa de banho. Os pais também referem a presença de comportamentos atípicos, embora sejam diferentes do contexto escolar, como repetir pensamentos sistematicamente e apresentar ideias consideradas estranhas.

Contrariamente à professora, os pais afirmam que o A. apresenta alguns problemas ao nível da atenção, tais como frequentemente ficar distraído e desistir facilmente de novas aprendizagens. Da mesma forma, os pais afirmam que o A. frequentemente amua, fica chateado e muda de humor de forma repentina.

Observação Informal: O A. é uma criança muito ativa, alegre e exploradora do meio, mas a sua cooperação nas atividades encontra-se dependente da sua vontade, i.e., aceita os meus pedidos/sugestões, mas está constantemente a tentar alterá-los consoante os seus interesses.

Apenas permanece atento à instrução quando não está a fazer outras atividades, precisando nestes casos de algum apoio para ouvir a instrução. Apresenta dificuldades na manutenção da atenção na tarefa, não existindo qualquer tipo de planeamento da mesma e quando não obtém sucesso desiste com facilidade. Apenas persiste quando é motivado.

Ainda, no que respeita à realização de tarefas o A. apresenta comportamentos desajustados quando tenta mudar para outra tarefa, coloca o material que está a utilizar imediatamente de lado e explora de forma desorganizada o material que deseja. Nestas situações, consegue ajustar o comportamento quando é chamado à atenção. Quando lhe é dada a oportunidade, faz sugestões adequadas.

O A. tem preferência por jogos mais funcionais, não permitindo a adaptação dos mesmos, como puzzles, plasticina com moldes e jogar à bola. Aparentemente não apresenta jogo simbólico. Relaciona-se com todo o material embora a sua utilização seja muito funcional. Tem, ainda um discurso pouco espontâneo, mas adequado ao contexto. Dirige o olhar espontaneamente e sorri. A sua expressão gráfica encontra-se adequada à idade.

No que respeita à preferência manual ainda se verifica alguma ambidextria, parecendo existir uma maior prevalência da mão esquerda com um tipo de pega mais adequado. O desenho do corpo verifica-se adequado à idade embora ainda careça de alguns pormenores



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



anatômicos e.g., não existe tronco, a representação de cinco dedos nas extremidades nem de pés.

Por fim, foi verificado que quando os pais estão na sala o A. apresenta mais comportamentos de desafio, colocando-se mais em perigo e não ouvindo as instruções dadas.

Conclusões e Interpretações

Comparando o ponto de vista da Professora com os resultados obtidos pelos pais é notória uma diferença na perceção do comportamento do A., sendo que os pais têm uma perspectiva, em termos gerais, menos positiva do comportamento e das competências do A.. Assim, são verificadas as maiores diferenças na área da hiperatividade e consequentemente na componente dos problemas interiorizados, no índice de sintomas comportamentais (i.e., atipicidade, tendência para o isolamento, problemas de atenção) e, ainda, foram verificadas diferenças no que respeita à componente das competências adaptativas (i.e., adaptabilidade e competências sociais).

Em ambas as perspetivas, a área dos comportamentos agressivos parece ser aquela que requer maiores cuidados, sendo que quando estes estão combinados com comportamentos de hiperatividade, que parece ser o caso, podem estar presentes implicações ao nível da atenção, da conduta de comportamento e poderão existir comportamentos de oposição, como também descrito neste caso.

Segundo os pais os problemas de atenção requerem cuidado, no A. e, desta forma é possível considerar a combinação entre estes e os comportamentos de hiperatividade e agressividade, anteriormente descritos, que poderão resultar num aumento da impulsividade. Esta impulsividade foi igualmente verificada na avaliação informal do comportamento. Da mesma forma, a adaptabilidade parece ser uma área que requer atenção, sendo que é necessário perceber que valores elevados neste campo podem ser um sinal de imaturidade.

Por fim, valores baixos no que respeita às competências sociais são considerados um sinal para que a intervenção desenvolvida tenha predominantemente enfoque a este nível.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Recomendações

De forma a que o A. possa usufruir de um apoio especializado nas áreas psicomotora e socio emocional com o objetivo de trabalhar as áreas a desenvolver inframencionadas, como: a capacidade de manutenção na tarefa, a expressão gráfica do corpo, o discurso espontâneo, o jogo simbólico, a extinção de comportamentos de oposição e impulsividade, o aumento da tolerância à frustração, o aumento de interesses diversificados e a capacidade de planeamento da tarefa. Assim, é por mim, recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, dezembro 2017.

Psicomotricista (Estagiária),

Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação final do A.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: A.

Data de nascimento: 3/7/2013

Idade: 4 anos e 11 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o pré-escolar.

Enquadramento clínico da Avaliação

A avaliação foi realizada após um seguimento em Psicomotricidade durante um período aproximado de oito meses, com acompanhamento semanal, de forma a averiguar a existência de mudanças ou evoluções.

O A. mantém o acompanhamento com o Dr. [REDACTED] desde abril de 2017, mantendo igualmente como diagnósticos: inquietação e medos e, outras perturbações específicas da infância/adolescência. O plano terapêutico passa por consultas terapêuticas familiares, sem psicofarmacologia. Atualmente, os pais organizaram-se para a aplicação da medida de guarda partilhada.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

Foram seguidos os mesmos procedimentos da primeira avaliação realizada. Desta forma, a avaliação contou com a aplicação da *Behavior Assessment System for Children* (BASC) (Reynolds e Kamphaus, 1992) aos pais e à professora.

Resultados da BASC: Atualmente, do ponto de vista da professora são observados alguns comportamentos que deverão ser alvos de atenção, mantendo-se os comportamentos agressivos aqueles que requerem maior cuidado. Mantendo também o perfil da avaliação inicial, a mãe assinala como comportamentos que apresentam maior cuidado aqueles que estão relacionados com a hiperatividade, seguindo-se os comportamentos agressivos.

A Professora descreve alguns comportamentos agressivos do A. como frequentemente bater, culpar e dar ordens, discutir e prejudicar o jogo das outras crianças, discutir quando se sente contrariado e, ainda, estraga objetos de terceiros. Em termos gerais a mãe concorda com a presença destes comportamentos, acrescentando que o A. ofende verbalmente.

Na perspetiva da mãe são observados muitos comportamentos relacionados com hiperatividade tais como o A. precisar de supervisão, ser excessivamente ativo, interromper conversas de terceiros, mexer no que não deve e levantar-se ou dispersar-se com pequenas coisas durante as refeições. De igual forma, são referidos comportamentos como agir sem pensar, trepar objetos e ser muito barulhento. Estes comportamentos parecem não terem tanta expressão no ambiente escolar.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



Na escola, o A. apresenta ainda alguns comportamentos de ansiedade, como frequentemente mostrar-se preocupado, procurar a atenção dos adultos e ser demasiado sério. Enquanto que, em casa os sintomas depressivos parecem ter maior expressão, como mudar de humor repentinamente, chorar e chatear-se com facilidade.

Ao nível do comportamento social o A. nunca encoraja os outros a darem o seu melhor nem oferece ajuda às outras crianças, sendo que estas queixas permanecem em ambos os contextos avaliados.

Ainda, na escola existem alguns comportamentos atípicos, como o A. frequentemente mostrar-se inexpressivo, mastigar a roupa ou os cobertores e brincar na casa de banho. Já em casa, repete pensamentos sistematicamente, parece alheio à realidade e tem ideias estranhas.

Por fim, a mãe do A. refere comportamentos relacionados com a tendência para o isolamento e de problemas de atenção como frequentes. Afirma que o A. tem dificuldades em fazer amigos, é tímido e procura a proteção dos pais em ambientes estranhos. Já no que respeita aos problemas de atenção relata que o A. tem frequentemente pouca capacidade de atenção e dificuldades de concentração.

Observação Informal: O A. mantém-se uma criança muito ativa e alegre, apresenta-se calmo e cooperante com as atividades que lhe são propostas, aderindo voluntariamente. Está atento no decorrer das instruções e apresenta-se empenhado nas atividades, sendo capaz de se manter nestas até ao seu término, de forma autónoma, caso as atividades se verifiquem do seu interesse. Embora seja capaz de se manter na atividade, no começo apresenta alguma dificuldade no controlo da impulsividade começando a mexer no material antes de terminada a instrução.

Na maioria das vezes o A. apresenta comportamentos adequados às atividades, embora por vezes apresente uma utilização do material que pode ser perigosa para si e para os outros, no entanto, apresenta alguma crítica no comportamento.

O A. mostra-se, atualmente, bastante respeitador das regras e dos tempos da sessão. No entanto, na fase inicial da intervenção verificou-se uma grande oposição à figura feminina presente, que estabelecia limites e regras. Nesta fase, verificou-se uma recusa permanente a frequentar a sessão e, progressivamente o A. foi capaz de se adaptar e usufruir da sessão.

Quando confrontado com uma situação frustrante, por vezes ainda tenta alterar a atividade, embora seja capaz de se manter na mesma com pequenos feedbacks. Mostra prazer lúdico, explora o material, sorri e interage espontaneamente. Permite, desta forma, que se altere mais as atividades que sugere, não se fixando apenas em jogos funcionais e aderindo cada vez mais a jogos simbólicos. Embora tenha como materiais preferenciais as plasticinas, as tintas e bolas, o A. já é capaz de aceitar a exploração de outros materiais.

Apresenta um discurso organizado e espontâneo, que normalmente é facilitado por brinquedos que traz de casa e a partir dos quais partilha aspetos relacionados com o seu quotidiano, partilhando apenas aqueles que revela especial interesse. Aceita o toque do outro, mas não toca espontaneamente no outro. Imita de forma espontânea.



Em tarefas de escrita e desenho utiliza sempre a mão esquerda, no entanto em outras atividades em que é requisitada a utilização manual ainda utiliza ambas mãos. Apresenta um desenho do corpo com mais pormenores, e.g., olhos com pestanas, representação de cinco dedos em cada mão e em cada pé, presença de tronco, membros superiores e inferiores e orelhas.

Conclusões e interpretações

Comparando o ponto de vista da Professora com os resultados obtidos pela mãe, é notória a manutenção de uma diferença na perceção do comportamento do A., sendo que a mãe tem uma perspetiva, em termos gerais, menos positiva do comportamento e das competências deste. Saliento que, ao longo da intervenção foi visível uma maior quantidade das queixas do comportamento por parte da mãe do que do pai o que, pode justificar a quantidade de comportamentos assinalados como frequentes, nesta avaliação, uma vez que a mãe realizou o preenchimento sozinha.

Verificaram-se bastantes oscilações ao nível do comportamento do A. em ambos os contextos avaliados. No entanto, foi observada uma mudança positiva no comportamento do A. aquando a aplicação da medida da guarda partilhada. Saliento que, é muito importante para a evolução do quadro do A., a existência de um ambiente familiar estável, assertivo e afetivo.

São verificadas as maiores diferenças nas áreas da hiperatividade e agressividade, bem como na somatização e nos problemas de atenção. Em ambas as perspetivas a área dos comportamentos agressivos parece manter-se como um dos maiores cuidados a ter, sendo que quando estes estão combinados com comportamentos de hiperatividade, podem estar presentes implicações ao nível da atenção, da conduta de comportamento e poderão existir comportamentos de oposição. Situações que parecem manter-se, neste caso, em particular.

Segundo a mãe os problemas de atenção mantêm uma necessidade de atenção e, a sua combinação com os comportamentos de hiperatividade e agressividade, anteriormente descritos, podem resultar num aumento da impulsividade. Esta impulsividade, apesar de ainda observada, encontra-se mais controlada.

Por fim, saliento que o facto de o A. apresentar maioritariamente comportamentos agressivos, de oposição e hiperatividade com figuras femininas, neste caso, com a mãe, seria importante não só trabalhar esta oposição ao género feminino como também a relação com a mãe.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Recomendações

Saliento a importância da manutenção do acompanhamento em psicomotricidade, de forma a que as áreas que foram trabalhadas possam verificar alguma consolidação. É igualmente aconselhado, numa fase mais estável da intervenção que sejam realizadas sessões em conjunto com a mãe, de forma a observar e mediar o comportamento que o A. apresenta na presença desta. Promovendo, de igual forma, situações lúdicas em conjunto.

Para que o A. possa usufruir de um apoio especializado nas áreas psicomotora e socio emocional com o objetivo de trabalhar as áreas a desenvolver inframencionadas, como: a capacidade de manutenção na tarefa, a expressão gráfica do corpo, a capacidade de discurso espontâneo, o investimento no jogo simbólico, a presença de comportamentos de oposição e impulsividade. Assim, é por mim, recomendado que dada continuidade ao acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, julho 2018.

Psicomotricista (Estagiária),

Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação Inicial da C.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: C.

Data de nascimento: 3/4/2010

Idade: 7 anos e 8 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 2º ano.

Enquadramento clínico da Avaliação

A C. foi referenciada para uma consulta em pedopsiquiatria em agosto de 2016, vem referenciada pela médica de família por dificuldades na organização do discurso, comportamentos de oposição, irritabilidade e baixa tolerância à frustração. É seguida na consulta de desenvolvimento do Hospital São Francisco Xavier. Assim, começa o seguimento na consulta de pedopsiquiatria, pela D. [redacted] em outubro de 2016, apresentando um diagnóstico de Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções, com um plano terapêutico com as seguintes medidas: consultas terapêuticas individuais e familiares, articulação com a escola, Terapia da Fala e psicofarmacologia.

Na família, existe um historial de doenças psiquiátricas, nomeadamente a mãe e uma tia-avó. A guarda da C. e da sua irmã mais velha, encontra-se à responsabilidade do pai, existindo visitas pontuais à mãe, com supervisão.

Assim, de forma a dar uma resposta mais completa uma vez que permanece a existência de uma expressão psicomotora desorganizada surge o pedido de avaliação psicomotora pela Pedopsiquiatria [redacted], destacando as seguintes indicações: fraca noção temporal, jogo simbólico pouco investido, dificuldade na verbalização dos afetos/emoções, baixa tolerância à frustração e desarmonia.

Observações do Comportamento

Em termos gerais, a C. é uma criança com a qual é muito fácil empatizar e criar relação, apresentando um contacto algo indiferenciado com o adulto. Quando lhe é sugerida uma atividade facilmente aceita as sugestões, embora muito rapidamente, por estar sempre a explorar o meio, acabe por sugerir novas atividades para fazer. Foi verificada uma grande necessidade em estar sempre ocupada a fazer alguma coisa, movimento constante e alguma impulsividade nas suas intenções.

Ao longo da aplicação, a C. foi constantemente sugerindo algumas atividades, aderindo às minhas sugestões apenas após realizarmos uma atividade que desejava. Por este motivo, foi verificada alguma falta de tempo útil para a aplicação de outras tarefas da BPM que poderiam permitir a recolha de informação mais pormenorizada.

Nas tarefas em que a C. se sentia frustrada, foi possível observar uma grande dificuldade em se autorregular de forma a persistir na tarefa. Nestas situações o comportamento imediato

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



da C. passa por desistir da tarefa e adquirir uma postura mais fechada (i.e., braços cruzados e cara escondida), imatura e com uma expressão de zanga, inclusivamente, por vezes, deixa de falar e apenas responde com pequenos sons.

Durante as sessões, em algumas situações surgiam momentos criados pela própria C. mais relacionados com o jogo simbólico, embora este fosse efetivamente pouco investido e muito rapidamente acabasse por ser desconstruído, existindo alguma desvalorização da brincadeira por parte da mesma. Verificou-se ainda alguma desorganização no discurso.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

A avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975) e do Draw a Person Test (DAP) (Naglieri, 1988).

Assim, a aplicação da BPM teve como objetivo compreender e recolher mais informação relativamente à expressão psicomotora da C.. Esta aplicação não foi ao encontro do protocolo estabelecido por Fonseca (1975), tendo para isso existido uma seleção prévia de algumas provas a realizar consoante o encaminhamento feito. Não existindo igualmente uma ordem definida para a realização das provas, uma vez que a vontade e disponibilidade da criança foi sempre respeitada ao longo da avaliação.

A aplicação do DAP prendeu-se com a necessidade de recolha de informação qualitativa subjacente ao desenho de três figuras humanas (i.e., um homem, uma mulher e o próprio) apurando igualmente o grau de investimento neste tipo de tarefas que requerem expressão gráfica.

Resultados da BPM: Através da observação foi possível perceber que a C. apresenta maioritariamente uma postura hipertónica.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração, avaliada através de três parâmetros como a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, foi notória uma realização maioritariamente dispráxica. Especialmente nas tarefas que exigiam a imobilidade ou a posição estática, a C. apresentou uma postura muito rígida (e.g. punhos fechados e curvatura da coluna para a frente) com grandes reequilibrações e com muitos movimentos faciais associados (sincínias), referindo inclusivamente que “é difícil estar quieta” sic.

Também ao nível do equilíbrio dinâmico, na marcha controlada foram verificadas grandes dificuldades no controlo do movimento mais preciso e de manutenção do equilíbrio. Contrariamente, no que respeita aos saltos não existem dificuldades a assinalar.

Ao nível da noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil eupráxico. Mais especificamente no sentido cinestésico foram verificadas algumas hesitações e dificuldades na nomeação de alguns pontos (e.g. ombro, cotovelo, dedo indicador, dedo anelar e mindinho) e especialmente nestes foi verificada uma necessidade acrescida de os movimentar, na tentativa de os identificar. Ainda, é importante salientar que no que respeita à identificação de



direita/esquerda verifica-se que a C. ainda não tem adquirida a lateralidade reversível. Finalmente, na imitação e gestos foi verificada alguma dificuldade em esperar pela sua vez, existindo por isso alguma impulsividade em começar o movimento e quando o fazia apresentava-se com algumas incorreções ligeiras na forma.

Também na estruturação espaço-temporal esta impulsividade e dificuldade em esperar pela sua vez foi notória, especialmente na tarefa de estruturação dinâmica onde a C. tentou por diversas vezes começar a colocar os fósforos sem que eu baixasse o cartão com o modelo e, nas situações em que tentava esperar permanecia em verbalizações constantes dizendo “já sei” sic. e, posteriormente, não era capaz de realizar as sequências corretamente. Na organização espacial, quando foi necessária a realização de cálculos mentais simples apresentou de imediato muitas hesitações e dificuldades. Acabou por realizar o número de passos necessários, mas sem ajustamentos no final, acabando por não chegar ao fim do percurso.

Ao nível da praxia global, ainda se verifica um lançamento imaturo, com a utilização das duas mãos e, à semelhança do chutar com algumas dificuldades ao nível do controlo visuomotor. Especialmente nas tarefas relacionadas com a dissociação foram verificadas grandes dificuldades não tendo conseguido realizar corretamente nenhuma das estruturas apresentadas. Quando, posteriormente, foram incluídos os membros inferiores na sequência a C. não foi capaz de terminar os batimentos que estava a realizar com as mãos e isolar os batimentos dos pés, acabando por não conseguir realizar movimentos dissociados.

Por último, ao nível da praxia fina apenas foi aplicada a prova de coordenação dinâmica manual onde foi atribuída uma cotação correspondente a uma realização apráxica devido ao tempo total de realização.

Resultados do DAP: A aplicação do DAP foi realizada no início da sessão, verificando uma grande adesão por parte da C.. Foi pedido o desenho de três figuras, onde se apurou o maior investimento em duas delas: homem (neste caso o pai) e o próprio (i.e., a C.). Em ambas foi utilizado pela C. o tempo máximo de 5 minutos. Contrariamente, ao desenho da figura da mulher em que não foi desenhado ninguém em particular.

Em todos os desenhos predominaram as cores mais escuras e frias (e.g. preto e roxo) e a C. refere que são as suas cores preferidas. É notório um grande investimento ao nível do desenho, sendo uma área que a C. gosta em particular.

Os resultados parecem indicar que os desenhos realizados pela C. não apresentam desvios para o que pode ser esperado para a idade, sendo que ainda não apresentam em termos gerais alguns pormenores como: orelhas, pormenores anatómicos e dimensão no nariz e na boca, dedos definidos e separação entre o tronco e os membros inferiores.

Conclusões e Interpretações

Na presente avaliação, a C. apresenta um perfil que oscila entre uma realização dispráxica, o que sugere a existência de dificuldades de aprendizagem ligeiras, podendo sugerir algumas

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



dificuldades ao nível da capacidade e planeamento das ações e, uma realização euprática onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas.

O facto de apresentar um contacto indiferenciado com o adulto pode indicar uma maior vulnerabilidade e carência a nível afetivo.

Também foi notório na avaliação uma diferença entre atividades de equilíbrio estático e dinâmico, onde se verificou que atividades/tarefas que implicassem maior movimento tornavam-se mais fáceis de realizar para a C.. Desta forma, parece existir uma grande influência emocional, tendo repercussões na função tónica, onde o “estar quieta é difícil” sic. e, em consequência da inexistência de uma segurança gravitacional, os processos de manutenção da atenção e de atenção seletiva podem encontrar-se comprometidos.

Igualmente ao nível do sentido cinestésico, o facto de a C. necessitar de mover determinadas partes tocadas para que as consiga identificar poderá constituir um sinal de necessidade de confirmação externa e de insegurança nesta noção tátil, que poderá eventualmente interferir ao nível da coordenação e elaboração motora mais discriminada, podendo igualmente surgir outros sinais como instabilidade e muitas situações de vivência da frustração, tanto a nível escolar como social.

Tal como é esperado pelos resultados verificados ao nível do fator da equilibração, na estruturação espacial foi verificada alguma dificuldade em reproduzir as sequências de fósforos, após o tempo de observação, podendo indicar dificuldades ao nível da memória de trabalho.

Finalmente, no que respeita à praxia global verifica-se alguma dificuldade na seleção de estímulos e realização de movimento dissociados, parecendo por isso existir uma dificuldade ao nível do planeamento motor.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Recomendações

De forma a que a C. possa usufruir de um apoio especializado nas áreas psicomotora e socio emocional com o objetivo de trabalhar as áreas a desenvolver inframencionadas, nomeadamente o equilíbrio estático, o sentido cinestésico, lateralidade reversível, organização espaciotemporal, o planeamento motor, a memória, investimento no jogo simbólico, tolerância à frustração e a segurança emocional.

Assim, é por mim recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, dezembro 2017.

Psicomotricista (Estagiária),
Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação final da C.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: C.

Data de nascimento: 3/4/2010

Idade: 8 anos e 2 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 2ºano.

Enquadramento clínico da Avaliação

A C. mantém o seguimento na consulta de desenvolvimento do Hospital São Francisco Xavier, bem como na consulta de pedopsiquiatria, pela Dr. [REDACTED] com um diagnóstico de Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções. Mantém o plano terapêutico de consultas terapêuticas individuais e familiares, articulação com a escola, Terapia da Fala, psicofarmacologia e, sendo neste momento incluído no plano as consultas de psicomotricidade.

Na família, existe um historial de doenças psiquiátricas, nomeadamente a mãe e uma tia-avó. A guarda da C. e da sua irmã mais velha, mantém-se à responsabilidade do pai, existindo visitas mais frequentes à mãe, em alguns fins de semana.

A avaliação foi realizada após um seguimento em Psicomotricidade durante um período aproximado de sete meses, com acompanhamento semanal, de forma a averiguar a existência de mudanças ou evoluções.

Observações do Comportamento

A C. no decorrer da avaliação mostra-se mais cooperante, aceitando por isso todas as propostas sem necessidade de reforço. Mostrando igualmente uma postura mais calma e organizada.

Ao nível da atenção, por vezes a C. pedia para que a instrução fosse repetida, mostrando alguma crítica na sua dificuldade em ouvir atentamente instruções mais complexas. Posteriormente mostrava-se atenta à repetição e mantinha-se empenhada nas atividades. Por vezes, inicia a atividade antes de terminar a instrução embora tenha crítica no comportamento, adequando-se e pedindo desculpa.

Atualmente, a C. é capaz de se esforçar e não desistir da tarefa. Quando se sente frustrada, ainda tem alguns comportamentos inadequados como suspirar, mas consegue autonomamente persistir na tarefa até conseguir. Faz ainda sugestões adequadas ao contexto e é muito respeitadora das regras da sessão, conseguindo aceitar com maior facilidade os tempos de sessão.

É uma criança que explora mais as atividades, mesmo que sejam de carácter simbólico, é alegre e apresenta preferência por jogos mais espontâneos. Atualmente, é capaz de estruturar o que quer fazer no decorrer de uma sessão ou de uma atividade, organizando-a primeiro, adquirindo a estratégia de fazer um plano por escrito ou em desenho antes de executar. No entanto, ainda apresenta algumas dificuldades ao nível da gestão do tempo.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Já é capaz de partilhar mais aspetos relacionados com o seu quotidiano, nomeadamente relacionados com a mãe. Tal como na organização das atividades, a C. já apresenta um discurso mais organizado, e é visivelmente mais capaz de falar de si e das suas vivências sem permanecer constantemente em movimento.

Na relação, aceita o toque do outro e no outro. Ainda se verifica uma necessidade acrescida de contacto físico com o adulto, embora seja notória uma maior adequação neste contacto, tornando-se mais contida.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

Foram seguidos os mesmos procedimentos da primeira avaliação realizada. Desta forma, a avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975) e do Draw a Person Test (DAP) (Naglieri, 1988).

Resultados da BPM: Através da observação foi possível perceber que a C. ainda apresenta maioritariamente uma postura hipertónica, embora mais organizada e com menos hipercontrolo.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração foi notória uma realização maioritariamente eupráxica. Foi observado um melhor controlo na tarefa de imobilidade, mantendo uma postura organizada, com reequilíbrios adequados. Sendo que nas tarefas que requeriam equilíbrio estático (i.e., apoio retilíneo, em pontas dos pés e em apoio num pé) a dificuldade aumentou, mostrando-se menos confortável “É muito difícil” sic., existindo em todas elas grandes desequilíbrios.

Contrariamente, no que respeita às provas relacionadas com o equilíbrio dinâmico, a C. verificou uma realização bastante organizada e controlada, mostrando globalmente uma maior segurança. Salientando apenas que nas tarefas de evolução no banco para trás e de salto a pés juntos, de olhos fechados, foi verificada ainda alguma insegurança no movimento, existindo algumas hesitações, mas à medida que foi progredindo, foi capaz de adequar o movimento. Saliento ainda, que o salto ao pé coxinho do pé esquerdo ainda verifica algumas dificuldades, sendo este um exercício que a C. ainda realiza com uma postura mais hipercontrolada.

Ao nível da noção do corpo, foi verificada a manutenção de um perfil eupráxico. No que respeita ao sentido cinestésico, verificaram-se algumas hesitações que claramente se relacionaram com o facto da C. tentar relembrar alguns conceitos. Ainda não tem adquirido o termo de joelho, chamando-lhe “cotovelo da perna” sic. e não tem adquiridos os conceitos de dedo indicador, médio e anelar. Ainda, é importante salientar que no que respeita à identificação de direita/esquerda verifica-se que a C. ainda não tem adquirida a lateralidade reversível, respondendo de forma impulsiva e sem aplicação de algumas estratégias trabalhadas.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



Finalmente, na imitação de gestos foi verificada a manutenção de algumas dificuldades sentidas, apresentando uma 3ª figura semelhante, mas uma 4ª figura com distorções evidentes, acabando por não terminar o desenho que estava a realizar e referindo “É muito difícil” sic.

Na estruturação espaço-temporal verificou-se uma realização que se encontra entre um perfil eupráxico e um hiperpráxico, com uma adequada organização espacial demonstrando controlo dos passos a realizar. Existindo apenas alguma dificuldade, ainda, do cálculo mental que tinha de fazer para determinar o número de passos. Já na tarefa de estruturação dinâmica, uma das estruturas foi realizada em espelho e onde a C. percebeu que estava desatenta, tentando dedicar-se às restantes tarefas para poder acertar. Desta forma, foi capaz de realizar a maioria das sequências apresentadas, mostrando uma maior capacidade de trabalho e de manutenção da atenção.

Ao nível da praxia global é verificado um perfil maioritariamente eupráxico, onde é possível observar um lançamento mais maduro, com um controlo visuomotor mais adequado. Existindo uma maior eficácia do movimento ao nível dos membros superiores. Nas tarefas relacionadas com a dissociação foi verificada uma evolução bastante positiva, existindo uma maior organização e capacidade de memorização do movimento e a sua posterior execução. Sendo, por isso, capaz de realizar de forma adequada movimentos dissociados.

Por último, ao nível da praxia fina na tarefa de coordenação dinâmica manual onde foi atribuída uma cotação correspondente a uma realização eupráxica, verificou-se igualmente uma evolução bastante positiva, pois a C. mostrou ter um melhor controlo dos movimentos micromotores, existindo igualmente um maior planeamento da ação.

Resultados do DAP: A aplicação do DAP foi repartida por três sessões distintas, por opção da C., tendo inclusivamente escolhido por fazer primeiro a figura do homem e, por último a da mulher. Em termos de tempo de realização, a figura que verificou maior empenho foi a do homem “O pai” sic. e figura à qual dedicou menos tempo foi a da mulher, ou seja, a mãe: “Nunca te mostrei a minha mãe, pois não?” sic. No entanto, as três figuras representadas apresentam bastante investimento e riqueza de pormenores. Em todos os desenhos predominaram cores mais vivas.

É importante salientar que apesar de esta ser, inicialmente, uma área preferencial da C., ao longo da intervenção foi notória a exploração de outro tipo de atividades existindo uma diminuição do interesse no desenho. Acabando assim, por não aderir tanto a este tipo de atividades. Embora este facto, é importante referir que o desenho da própria C. se verifica mais idêntico ao real.

Assim, os resultados parecem indicar que os desenhos realizados pela C. vão ao encontro do expectável para a idade, sendo que ainda não apresentam em termos gerais alguns pormenores como: dimensão no nariz e na boca, dedos definidos e ligação entre ambos os membros inferiores.

Conclusões e Interpretações

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Na presente avaliação, a C. apresenta um perfil maioritariamente eupráxico, onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico, existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas. No entanto é importante referir que, atualmente, a C. apresenta um perfil psicomotor bastante mais uniforme.

O facto de apresentar, ainda, um contacto indiferenciado com o adulto pode indicar uma maior vulnerabilidade e carência a nível afetivo. Embora esta questão pareça estar mais equilibrada e controlada.

Ainda, um dos sinais de maior maturidade é a capacidade que a C. atualmente tem de autocorreção, demonstrando assim uma maior crítica do próprio comportamento. Assim como, o facto de ser mais capaz de se autorregular em situações de frustração. Acrescento ainda a capacidade aumentada de aprendizagem de novas estratégias que permitiram uma melhor organização e articulação de ideias/pensamentos.

Na avaliação foi, ainda, visível uma diferença entre atividades de equilíbrio estático e dinâmico, onde se mantiveram algumas dificuldades ao nível do equilíbrio estático. Podendo assim, resultar no comprometimento dos processos de manutenção da atenção e de atenção seletiva.

Com a verificação de alguma evolução ao nível da imobilidade, também se verificou um aumento de algumas capacidades de memória de trabalho. Especificamente, na estruturação espacial foi verificada uma maior facilidade em reproduzir as sequências de fósforos, após o tempo de observação.

Finalmente, no que respeita à praxia global verifica-se alguma dificuldade na seleção de estímulos e realização de movimento dissociados, parecendo por isso existir uma dificuldade ao nível do planeamento motor, nomeadamente ao nível dos membros inferiores. Salientando que, ao nível dos membros superiores, verifica-se uma evolução bastante positiva no planeamento motor.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Recomendações

Saliento a importância da manutenção do acompanhamento em psicomotricidade, de forma a que as áreas que foram trabalhadas possam verificar alguma consolidação. Existem áreas que requerem, ainda, algum cuidado como a capacidade de manutenção em equilíbrio estático, a noção de lateralidade reversível, organização espaciotemporal, o planeamento motor e a segurança emocional.

Desta forma, recomendo um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, julho 2018.

Psicomotricista (Estagiária),
Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação inicial do DA



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: DA

Data de nascimento: 4/2/2010

Idade: 7 anos e 8 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 2º ano.

Enquadramento Clínico da Avaliação

O DA foi referenciado para uma consulta em pedopsiquiatria, a julho de 2016, vem referenciado pela médica de família por queixas de alteração do comportamento, pensamentos sobre morte e medos. Em 2016, o DA teve 10 sessões de psicomotricidade através da [REDACTED] que não tiveram qualquer tipo de continuidade.

É seguido na consulta de pedopsiquiatria, pela [REDACTED] desde outubro de 2016, apresentando um diagnóstico de Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções, com um plano terapêutico com as seguintes medidas: consultas terapêuticas individuais e familiares, articulação com a escola, Terapia da Fala e psicofarmacologia.

O DA vive com a mãe e com o irmão, mais novo. Vive uma situação familiar instável com pai pouco presente. Historial psiquiátrico por parte da mãe e consumos tóxicos por parte do pai.

No decorrer deste acompanhamento pedopsiquiátrico verificou-se uma necessidade de criação de um espaço de expressão para o DA, uma vez que em consulta não conseguia expressar verbalmente as suas angústias. Desta forma, o pedido de avaliação psicomotora foi realizado através da Pedopsiquiatria [REDACTED], com as seguintes indicações: alterações do comportamento, comportamentos de oposição/desafio, reação desajustada perante a frustração e presença de pensamentos de morte e medos.

Observações do Comportamento

O DA apresenta uma postura cooperante e motivada, aceitou e demonstrou interesse em todas as propostas que lhe foram apresentadas, mostrando igualmente uma grande curiosidade pela sala e respetivos materiais, uma vez que entre cada tarefa tentava ir explorá-los. Apresenta fraca noção do perigo e alguma agressividade latente, colocando-se em situações mais perigosas, sem crítica, e atira com alguns materiais com força excessiva.

É uma criança muito competitiva, com os outros e com ele próprio, permanecendo sempre preocupado com a sua prestação na maioria das tarefas sugeridas, persiste nas atividades mesmo quando se verificam algumas dificuldades. Em geral, está atento às instruções embora por vezes precise de alguns feedbacks verbais. Tem alguns comportamentos impulsivos, não sendo capaz de esperar pela sua vez para iniciar a maioria das atividades.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



Apresenta iniciativas/sugestões adequadas ao contexto e tem prazer lúdico, mostrando-se alegre. É respeitador das regras e quando experiencia situações de frustração persiste na tarefa.

Explora bastante bem o espaço que o rodeia embora apresente preferência por materiais que sejam passíveis de se tornarem armas (i.e., materiais bélicos), e.g.: bastões, rolos, esponjas e bolas.

O DA tem um discurso organizado e adequado ao contexto embora este não seja muito espontâneo, sendo necessário fazer algumas questões para que vá falando. Não partilha com facilidade aspetos relacionados com o seu dia-a-dia. É uma criança que dirige o olhar espontaneamente, sorri e tolera o toque do outro e no outro. Quando são realizados movimentos bruscos relativamente perto do DA, ou que não está à espera, este reage de imediato de forma assustadiça, afastando-se.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

A avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975). Assim, a aplicação da BPM teve como objetivo compreender e recolher mais informação relativamente à expressão psicomotora do DA.

O processo de avaliação, através da BPM não foi ao encontro do protocolo estabelecido pelo autor da mesma, tendo para isso existido uma seleção prévia de algumas provas a realizar consoante o encaminhamento feito. Não existindo igualmente uma ordem definida para a realização das provas, uma vez que a vontade e disponibilidade da criança foi sempre respeitada ao longo da avaliação.

Resultados da BPM: Através da observação foi possível perceber que o DA apresenta maioritariamente uma postura hipertónica, apresentando sincinésias bucais evidentes e contralaterais difusas.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração, avaliada através de três parâmetros como a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, foi notória uma realização maioritariamente eupráxica. Sendo que, nas provas de imobilidade e equilíbrio estático, parece existir um controlo bastante positivo, no entanto quando é retirado um dos apoios podais são verificados de imediato bastantes desequilíbrios abruptos. Já no que respeita ao equilíbrio dinâmico o DA parece ter um controlo e coordenação motora adequados.

Relativamente à noção do corpo, verifica-se um perfil que oscila entre o dispráxico e o eupráxico, sendo que foram verificadas algumas hesitações e dificuldades na nomeação de alguns pontos (e.g. ombro, cotovelo e joelho), não sendo capaz de distinguir os dedos, insinuando que eu estava a repetir o ponto. Nesta identificação tátil foi verificada alguma confusão com a noção de lateralidade, uma vez que o DA referiu os lados contrários de todos

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



os segmentos tocados. Esta confusão apenas permaneceu na tarefa do reconhecimento direita/esquerda mais complexa, i.e., a última. Existe a aquisição da noção de lateralidade reversível, mas quando é necessária a associação com outras competências tem alguma dificuldade em concretizar. Ao nível da representação gráfica do corpo, o DA apresenta um desenho muito imaturo, faltando pormenores anatómicos, com pouco investimento e sem diversidade cromática.

Também na estruturação espacial, verifica-se um perfil que oscila entre o dispráxico e o eupráxico, onde o DA teve bastantes dificuldades em realizar, inicialmente, o cálculo mental acabando por não apresentar qualquer tipo de planeamento da ação o que levou, consequentemente, à adoção de algumas estratégias pouco eficazes.

Ao nível da praxia global, foi obtido um perfil maioritariamente dispráxico, verificando-se dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual, nomeadamente em relação ao controlo visuomotor, sendo sempre aplicada uma força excessiva para o objetivo que era colocado. Esta dificuldade já não se verificou ao nível da coordenação óculo-pedal, sendo o movimento realizado com mais calma e com maior planeamento. A tarefa da agilidade foi representativa da postura do DA, sendo realizada com um hipercontrolo acentuado, com uma dificuldade inicial de coordenar os movimentos, mas que posteriormente foi capaz de se adaptar.

Por último, ao nível da praxia fina, verifica-se um perfil que oscila entre o dispráxico e o eupráxico, especialmente nas tarefas de coordenação dinâmica manual e do tamborilar, onde o DA apresenta um controlo excessivo que lhe dificulta alguns movimentos mais precisos e especializados, verificando-se o aumento da presença de sincinésias.

Conclusões e Interpretações

Na presente avaliação o DA apresenta um perfil que oscila entre uma realização dispráxica e eupráxica, o que sugere a existência de dificuldades de aprendizagem ligeiras, podendo sugerir algumas dificuldades ao nível da capacidade e planeamento das ações. Neste perfil, as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas.

Na avaliação foi verificada uma diferença entre atividades de equilíbrio estático e dinâmico, onde se verificou que tarefas que impliquem menor movimento conjugadas com menor apoio na base, tornavam-se mais fáceis de realizar para o DA. Desta forma, parece existir uma influência emocional na expressão do DA, acabando por ter repercussões na sua função tónica e, consequentemente à baixa segurança gravitacional verificada, poderão ser afetados os processos de manutenção da atenção e de atenção seletiva.

Ao nível do sentido cinestésico, o facto de o DA mostrar alguma insegurança nesta noção tátil através de hesitações, bem como a não aquisição de algumas noções de determinadas partes do corpo (e.g., ombro), poderá eventualmente interferir ao nível da coordenação e elaboração motora mais discriminada. Revelando sinais de baixo



conhecimentos de algumas partes do corpo, podendo surgir outros sinais adjacentes como instabilidade e situações de vivência da frustração, tanto a nível escolar como social.

O facto de o DA apresentar alguma dificuldade em conciliar conhecimentos simultaneamente, ou seja, ser capaz de identificar a parte do corpo ao menos tempo que lhe associa um lado, poderá ser um sinal de insegurança, de dificuldade na seleção de estímulos e de comprometimento da memória de trabalho.

A fraca capacidade de expressão gráfica do próprio corpo, poderá estar associada a todas estas questões referidas, acrescentando ao facto de esta ser uma atividade não preferencial do DA. Desta forma, acaba por não investir na tarefa, desenhando o mais simples e geometrizado.

Ainda, no que respeita à praxia global verifica-se alguma dificuldade na seleção de estímulos, tal como noutras tarefas, parecendo por isso existir uma dificuldade ao nível do planeamento motor.

Finalmente, é importante salientar que estes fatores parecem estar associados ao comportamento do DA, sendo uma criança pouco espontânea no discurso poderá ter uma maior tendência para problemas de internalização, que se expressam ao nível da agressividade para com os materiais, fraca noção do perigo, competitividade excessiva e impulsividade.

Recomendações

De forma a que o DA possa usufruir de um apoio especializado nas áreas psicomotora e socio emocional, com o objetivo de trabalhar as áreas a desenvolver inframencionadas, como: a capacidade de manutenção em equilíbrio estático, o sentido cinestésico, a noção de lateralidade reversível, a capacidade gráfica, as coordenações óculo-manual e dinâmica distal, associadas às capacidades de expressão de sentimentos e emoções, de associação de ideias, de controlo da impulsividade e da agressividade. É, por mim, recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, novembro de 2017

Psicomotricista (Estagiária),

Constança Varela.

Relatório de avaliação final do DA



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: DA

Data de nascimento: 4/2/2010

Idade: 8 anos e 4 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 2º ano.

Enquadramento clínico da Avaliação

O DA é seguido na consulta de pedopsiquiatria, pela D. [REDACTED] desde outubro de 2016, apresentando um diagnóstico de Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções, com um plano terapêutico com as seguintes medidas: consultas terapêuticas individuais e familiares, articulação com a escola, Terapia da Fala, psicofarmacologia e Psicomotricidade.

Atualmente, vive com a mãe e com o irmão, mais novo. Mantém uma situação familiar instável com pai pouco presente. Historial psiquiátrico por parte da mãe e consumos tóxicos por parte do pai.

A avaliação foi realizada após um seguimento em Psicomotricidade durante um período aproximado de oito meses, com acompanhamento semanal, de forma a averiguar a existência de mudanças ou evoluções.

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

Estava planeado serem seguidos os mesmos procedimentos da primeira avaliação realizada. Assim sendo, seria aplicada a Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975), tendo como objetivo compreender e recolher mais informação relativamente à expressão psicomotora do DA.

Não foi possível proceder à aplicação das provas da BPM, pois a vontade e bem-estar da criança encontra-se sempre em primeiro lugar. O DA recusou qualquer realização de tarefas relacionadas com a BPM, realizando apenas um desenho com pouco investimento e revelando o mesmo padrão, anteriormente observado nesta área em particular.

Observações do Comportamento

O DA apresenta uma postura maioritariamente hipertónica. Quando entra na sessão, por norma, tem um período de maior agitação e tenta destruir alguma construção que exista na sala. Nesta fase, mantém o perfil de discurso pouco espontâneo e de agressividade dirigida para os materiais, mas progressivamente vai aceitando a minha presença e começa a partilhar alguns dos aspetos do seu quotidiano, aceitando algumas tarefas. Nas suas partilhas ainda verifica alguma dificuldade em se implicar nas mesmas e exprimir como se sente.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



É uma criança alegre na brincadeira, explora e tem preferência pelo jogo espontâneo. Adere e constrói o jogo simbólico, tendo como principal tema as guerras. Apesar disso, atualmente, já se encontra mais disponível para a exploração de outros materiais ou de outras formas de utilização dos materiais que prefere, sendo assim possível transportar as brincadeiras para outras temáticas, mostrando maior flexibilidade. Quando apresenta sugestões, por vezes, precisa de algum reforço para primeiro organizar o pensamento e, posteriormente expor a sua ideia.

Na brincadeira, é uma criança que inicialmente apresentava preferência pelo jogo de competição e de regras e, gradualmente foi construindo uma brincadeira simbólica e construtiva. O DA tem sempre uma necessidade acrescida de proteger o outro e de mostrar que é capaz de realizar tudo autonomamente. Consequentemente, ainda apresenta alguma dificuldade na aceitação da ajuda do outro e de realização de outras estratégias, acabando por insistir na sua ideia, mesmo que esta não se verifique eficaz.

O DA está atento às instruções que lhe são dadas, mas ainda não é capaz de se manter em atividades que não o motivem. Nestes casos diz “isto é uma seca!” sic., embora persista com reforço, acaba habitualmente por desistir da tarefa. Existem ainda alguns sinais de impulsividade, especialmente em situações de exploração de novos materiais.

Apesar de ser respeitador das regras da sessão, apresenta alguns comportamentos de oposição quando não quer realizar alguma atividade proposta.

É importante salientar que, o facto de o DA saber anteriormente ao momento de avaliação que a intervenção iria ser interrompida, poderá ter influenciado a sua disponibilidade para a mesma. Uma vez que, se tornou muito insistente neste assunto salientando diversas vezes que “estou triste” sic.

Conclusões e Interpretações

O facto do DA não ter possibilitado a realização da avaliação, neste caso em particular, parece ser um indicador da presença de alguma imaturidade emocional. Uma vez que, não foi capaz de maturar a ideia de a intervenção ter um término. Aqui, saliento que a atitude da própria mãe em enfatizar excessivamente esta fase de transição, perante o DA, não facilitou o processo.

Saliento ainda que, foi notória uma evolução na atitude da mãe, perante a intervenção que se verificou bastante importante e possibilitou uma adesão maior do DA às sessões, permitindo a criação de uma relação terapêutica. Neste caso, foi verificado um esforço acrescido não só para a presença do DA nas sessões, como também na visão que a mãe tinha deste. Tornando-se igualmente mais adequada e carinhosa com este.

O DA perante estas mudanças, verificou uma evolução positiva, foi conseguindo mostrar um maior conforto em estar na sessão e em partilhar sentimentos, acontecimentos e opiniões.

As expressões comportamentais que poderiam carecer de maior cuidado, parecem estar mais estáveis. Iniciando-se pela maior capacidade de expressão verbal por parte do DA e

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



a diminuição de situações de expressão agressiva descontrolada. Assim, atualmente verifica-se um maior controlo da agressividade, interpretando-a por vezes em bonecos, um maior investimento em brincadeiras de carácter simbólico e uma diminuição bastante notória da necessidade de competição verificada no DA.

Recomendações

Saliento a importância da manutenção do acompanhamento em psicomotricidade, de forma a que as áreas que foram trabalhadas possam verificar alguma consolidação. Existem áreas que requerem, ainda, algum cuidado como a expressão de sentimentos e emoções, a capacidade de associação de ideias, de controlo da impulsividade e da agressividade.

Desta forma, recomendo um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, julho de 2018

Psicomotricista (Estagiária),

Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação inicial do G.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: G.

Data de nascimento: 28/3/2010

Idade: 7 anos e 7 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 2º ano.

Enquadramento clínico da Avaliação

O G. foi referenciado para uma consulta em pedopsiquiatria, a janeiro de 2016, vem referenciado pela médica de família por dificuldades de integração e socialização, especialmente em contexto escolar, apresentando interesses restritos, movimentos repetitivos e falta de autonomia. É seguido em Terapia da Fala desde os três anos.

É seguido na consulta de pedopsiquiatria, pela [REDACTED] desde outubro de 2016, apresentando um diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento/Traços de funcionamento de Asperger, com um plano terapêutico com as seguintes medidas: consultas terapêuticas individuais e familiares.

O G. é filho de pais separados, com medida de guarda partilhada. Ainda dorme com os pais, em ambas as casas, tal como o irmão mais novo.

Em novembro de 2017, foi realizado um pedido de avaliação psicomotora pela Pedopsiquiatra [REDACTED], com as seguintes indicações: dificuldades na interação social, interesses restritos, baixa coordenação motora, dificuldades na motricidade fina e fraca autorregulação.

Observações do Comportamento

O G. é uma criança muito ativa, tem de estar sempre em atividade, mas por outro lado nunca está satisfeito com as atividades propostas. Não apresenta interesse em conhecer o adulto, tendo inclusivamente uma postura desafiadora. Está sempre a negociar as atividades de forma a ser ele a controlar as mesmas, apenas adere com estímulo. Está constantemente a perguntar pela mãe e a questionar se pode sair.

No decorrer das instruções está parcialmente atento, interrompe a minha instrução diversas vezes, não ouvindo até ao fim. Desta forma, por vezes, começa a fazer as atividades sem que eu consiga terminar a instrução, apresentando alguns comportamentos desajustados que são controlados após alguns reforços verbais. É persistente quando está motivado, mas quando percebe que tem uma dificuldade acentuada desiste. Quando experiencia a frustração reage de forma desadequada, i.e., atira com os objetos, grita e fica com uma expressão de raiva, fechando os punhos.

Embora exponha iniciativas, estas apresentam-se maioritariamente desajustadas ao contexto, pois está constantemente à procura dos seus interesses. Quando percebe as regras facilmente se adequa.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



O G. explora a atividade livre, é alegre e mostra prazer lúdico preferencialmente no jogo espontâneo onde existe a possibilidade de ser ele a ditar as regras e a controlar o mesmo. Quando é contrariado nesta dinâmica ameaça o adulto, dizendo “assim não brinco mais” sic. Já no que respeita ao reconhecimento do espaço, não apresenta uma exploração muito vasta, limitando-se apenas à utilização das bolas, embora utilize bastante o espaço em si (i.e., sem implicar os materiais).

Traz consigo uma palhinha e não aceita com facilidade deixá-la em cima da mesa até ao final, tenta diversas vezes negociar para ir buscar a palhinha.

Quando questionado sobre situações do quotidiano apenas fala de questões relacionadas com a escola e refere que os colegas lhe batem, não querendo falar sobre o assunto, apenas afirma que a sua reação é, também, a de bater.

O G. é uma criança, em termos cognitivos, aparentemente, muito boa. Apresenta um discurso muito organizado e elaborado para a sua idade, embora tenha algumas dificuldades na articulação, diz frases como “estou a ser sarcástico, não percebes?!” sic.

Dirige o olhar espontaneamente. Por vezes, rejeita o toque do outro, mas toca o outro com bastante facilidade, tornando-se por vezes inadequado.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

A avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975). Assim, a aplicação da BPM teve como objetivo compreender e recolher mais informação relativamente à expressão psicomotora do G..

A aplicação da BPM não foi ao encontro do protocolo estabelecido pelo autor da mesma, tendo para isso existido uma seleção prévia de algumas provas a realizar consoante o encaminhamento feito. Não existindo igualmente uma ordem definida para a realização das provas, uma vez que a vontade e disponibilidade da criança foi sempre respeitada ao longo da avaliação, sendo que neste caso é importante salientar a resistência constante aos pedidos do adulto, por parte do G..

Resultados da BPM: Através da observação foi possível perceber que o G., ao nível da tonicidade, apresenta alguma variação consoante o tipo de atividades. No que respeita a atividades que requerem motricidade global o G. tem uma postura hipotónica, enquanto que nas atividades de motricidade fina apresenta uma postura maioritariamente hipertónica. Apresentando igualmente bastantes sincínias, maioritariamente bucais e associadas às atividades em que a postura do G. se verifica hipertónica.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração, avaliada através de três parâmetros como a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, foi notória uma realização maioritariamente dispráxia. Especialmente nas tarefas que exigiam a imobilidade ou a posição estática, o G. apresentou muita dificuldade em manter-se imóvel e

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



de olhos fechados, dizendo “Não estou habituado a estar quieto” sic., perante a dificuldade na tarefa da imobilidade não permitiu a aplicação das tarefas de equilíbrio estático.

Ao nível do equilíbrio dinâmico, no que respeita aos saltos, verifica-se uma melhoria no desempenho, embora sejam exercícios nos quais o G. apresenta alguma dificuldade, mostrando movimentos pouco especializados e com pouca segurança, e.g., nos saltos a pés juntos, para a frente, de olhos fechados não conseguiu chegar ao final do trajeto sem abrir os olhos.

Ao nível da noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil dispráxico. Especificamente na autoimagem o G. não foi capaz de acertar na ponta do nariz, apresentando hipercontrolo. Ainda, no que respeita à imitação de gestos verificou-se uma dificuldade na realização que pode estar associada à distração verificada aquando a instrução. Também no desenho do corpo, foi verificado um desenho muito pequeno com pouca diversidade cromática, sem proporção entre as diversas partes e com claros sinais de imaturidade. Tem o processo de reconhecimento de lateralidade reversível através de estratégias, visivelmente ensinado, embora ainda apresente algumas hesitações que quando associadas à impulsividade na resposta, sem utilização adequada destas estratégias, não responde corretamente.

No que respeita à estruturação espacial o G. parece encontrar-se bastante bem organizado, adquirindo estratégias de organização das passadas adequadas à tarefa. No entanto, no decorrer da avaliação e através do discurso do G. foi observada alguma confusão na utilização de algumas noções de tempo, nomeadamente antes/depois.

Ao nível da praxia global, existe um perfil que se encontra entre o eupráxico e o dispráxico. Na coordenação óculo-manual, verifica-se um lançamento imaturo, com a utilização das duas mãos e partindo do nível da cintura, com claras dificuldades de controlo visuomotor. Contrariamente, na coordenação óculo-podal verifica-se um aumento do controlo e da precisão, sendo inclusivamente realizado com mais calma. Existem por isso claras diferenças entre os membros superiores e inferiores, sendo que o G. nos membros superiores não teve a capacidade de se adaptar à atividade realizando movimentos que dificultaram a realização (i.e., queria imitar um desenho animado que faz força antes de lançar).

Ainda, ao nível da praxia global, o G. na tarefa da dissociação não foi capaz de se organizar até ao final, começando a querer desistir da tarefa e a distrair-se mais. Por esta razão, alguns dos resultados foram inferiores ao que poderia ser esperado. Finalmente na tarefa da agilidade, foi visível uma dificuldade ao nível da coordenação motora que se verificou consciente, pois quando percebia que não estava a fazer corretamente parava, pedia desculpa e tentava recomeçar. No entanto não foi capaz de manter a sequência.

Por último, ao nível da praxia fina, verifica-se uma realização dispráxica com claras dificuldades na coordenação dinâmica manual, tentando inclusivamente desistir da tarefa, que após reforço persistiu, tendo realizado um tempo total superior a 8 minutos. Também, no tamborilar verificam-se bastantes sinais disfuncionais, aumentando a quantidade de sincinésias bucais e contralaterais observadas. Finalmente, ao nível da velocidade precisão o G.



apresenta uma postura desadequada, sobre a mesa, e a aplicação de uma pressão excessiva no traço realizado, comprometendo a velocidade a que a tarefa é realizada.

Conclusões e Interpretações

Na presente avaliação o G. apresenta um perfil maioritariamente dispráxico, o que sugere a existência de dificuldades de aprendizagem ligeiras, podendo sugerir algumas dificuldades ao nível da capacidade e planeamento das ações, bem como dificuldades ao nível do controlo.

Em termos comportamentais, o facto verificado de que o G. está constantemente insatisfeito com as atividades propostas, tem a necessidade de controlar as regras e mantém uma postura desafiadora, são alguns dos sinais que representam a forma como o G. tenta chegar aos seus interesses. Tentando desta forma, controlar o adulto para que este faça o que ele entende. Parecendo ter uma necessidade acrescida de controlar tudo o que o rodeia, inclusivamente a figura do adulto.

Também é de salientar que a frequência com que questiona sobre se pode sair ou ir ter com a mãe, parece indicar alguma falta de independência das figuras de referência, tentando igualmente controlar o tempo em que permanece em atividade. Este fator pode vir a influenciar a qualidade da permanência na sessão, por parte do G., bem como a sua capacidade de manutenção da atenção.

Mais uma vez, apresenta uma postura dependente dos seus interesses restritos quando apenas é capaz de dar sugestões ligadas aos mesmos, tornando-se desajustadas e comprometendo a sua exploração lúdica. Da mesma forma, apenas é capaz de se manter numa atividade quando motivado, caso contrário não é capaz de se autorregular aquando a experiência de uma situação frustrante, mostrando sinais de imaturidade.

Embora seja capaz de expressar verbalmente as suas vontades e desejos é uma criança que aparenta necessitar de estabelecer uma relação de confiança para que possa diminuir as situações em que “não quero falar sobre isso” sic. e aumentando a sua capacidade de expressar sentimentos e emoções.

Em termos psicomotores, as dificuldades verificadas em manter-se imóvel e nas tarefas da equilibração dinâmica, pelo G., podem indicar uma fraca segurança gravitacional e, consequentemente os processos de manutenção da atenção e de atenção seletiva podem encontrar-se comprometidos.

A frágil localização tátil, verificada pela tarefa da autoimagem e a dificuldade na imitação de gestos, conjugado com o facto de existir igualmente uma fraca representação gráfica, com claros sinais de imaturidade, são características que traduzem uma fraca noção do corpo. O que pode interferir com a coordenação e elaboração motora mais diferenciada, apresentando dificuldades na coordenação e na atenção seletiva podendo, em ambos os casos, surgir sinais de instabilidade e muitas situações de vivência da frustração, tanto na vida escolar como na social. Partindo destes dados, é possível depreender que o G. tem uma imagem de si frágil, podendo interferir na sua autoestima.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



As dificuldades que surgem, ao nível da estruturação temporal poderão estar eventualmente relacionadas com a exploração condicionada que o G. faz do meio envolvente, uma vez que só explora segundo os seus interesses restritos. Este processo, de estruturação temporal, pode refletir-se em dificuldades de receção e memorização de informação bem como de programação/planeamento e expressão das ações.

No que respeita à praxia global verifica-se alguma dificuldade na seleção de estímulos e realização de movimentos dissociados, parecendo por isso existir uma dificuldade ao nível do planeamento motor.

Finalmente, relativamente à coordenação dinâmica manual, na tarefa do tamborilar e na de velocidade precisão foram verificados claros sinais de descoordenação e de dificuldade de controlo distal, que podem indicar problemas perceptivo visuais e proprioceptivos. Sendo que, este tipo de tarefas parecem ter uma carga emocional diferente das restantes, verificando-se um aumento significativo do controlo e vigilância, alterando a sua postura para hipertónica.

Recomendações

De forma a que o G. possa usufruir de um apoio especializado nas áreas psicomotora socio emocional e cognitiva, com o objetivo de trabalhar as áreas a desenvolver como: a postura oscilante desajustada (entre hipertónica e hipotónica), a capacidade de permanecer numa posição imóvel ou em situações de equilíbrio dinâmico, a autoimagem, a imitação de gestos, a representação gráfica do corpo, a coordenação óculo-manual, a agilidade, as competências associadas à motricidade fina, a capacidade de tolerância à frustração e a disponibilidade para aceitar atividades fora dos interesses restritos.

Assim, é por mim, recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, novembro 2017

Psicomotricista (Estagiária),
Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação final do G.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: G.

Data de nascimento: 28/3/2010

Idade: 8 anos e 2 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 2º ano.

Enquadramento clínico da Avaliação

O G. é seguido na consulta de pedopsiquiatria, pela Dr. [REDACTED] desde outubro de 2016, apresentando um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, com um plano terapêutico com as seguintes medidas: consultas terapêuticas individuais e familiares, mantém o acompanhamento em Terapia da Fala e Psicomotricidade.

O G. é filho de pais separados, com medida de guarda partilhada. Em casa da mãe já dorme na própria cama, no entanto, em casa do pai por existir apenas uma cama, ainda pernoita na cama do pai, tal como o irmão mais novo.

A avaliação foi realizada após um seguimento em Psicomotricidade durante um período aproximado de oito meses, com acompanhamento semanal, de forma a averiguar a existência de mudanças ou evoluções.

Observações do Comportamento

O G. é uma criança desinibida e ativa. Continua a trazer consigo a palhinha, da qual é capaz de se distanciar no decorrer da sessão. Assim, permite que esta fique na mesa enquanto realizamos as atividades, recorrendo a esta apenas no final. Para além disso, quando entusiasmado apresenta alguns comportamentos estereotipados como *flapping*.

É importante salientar que, o G., numa fase inicial tinha bastante dificuldade em aceitar os tempos de sessão, estando constantemente a tentar controlar o tempo em que permanecia em sessão. Atualmente, é capaz de se manter na sessão sem pedir para terminar de forma antecipada.

No decorrer da avaliação apresentou-se bastante empenhado e motivado, tentando dar sempre o melhor e mostrando alguma preocupação com a prestação que está a ter. A adesão foi voluntária e manteve-se sempre atento, no decorrer das instruções.

Apresenta, ainda, alguma impulsividade pois interrompe com alguma frequência as instruções, embora se adegue com maior facilidade e apresente maior crítica sobre este comportamento.

Uma das principais evoluções sentidas, foi a capacidade de se esforçar sem desistir das tarefas, tendo por isso uma maior capacidade de autorregulação e de persistência. Apresentando assim, comportamentos adequados às tarefas.

Quando apresenta iniciativas, estas verificam-se adequadas ao contexto. Embora, estas ainda vão, maioritariamente, ao encontro dos interesses do G.. Existe, por isso, uma

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



maior predisposição para a realização de jogos de tabuleiros e de jogo imaginário. Aqui, saliento a oportunidade que o G. vê no jogo imaginário para o conseguir ajustar às suas preferências e desejos.

Desta forma, verifica-se ainda uma exploração parcial o espaço e dos materiais, embora o G. já se encontre mais disponível para experimentar coisas novas. É alegre na brincadeira, mas ainda com uma estruturação pouco organizada por não ser capaz de seguir as mesmas regras até ao final.

Quando pedido para recordar a sessão, é capaz de o fazer salientando as atividades que são do seu interesse. Da mesma forma, relativamente às vivências do quotidiano o G. relata com frequência aquelas que entende como significativas. Neste aspeto, saliento o facto de o G., muitas das vezes, referir situações de *bullying* que não consegue especificar ou desenvolver e que se verificam formas de mobilizar o adulto a fazer o que ele pretende. O G. mostra uma maior à vontade para partilhar situações do seu quotidiano e, quando as situações de *bullying* são reais, este é capaz de as descrever com pormenores e aceitar sugestões.

Nas tarefas relacionadas com a memória, mostra-se facilmente entusiasmado o que promove alguma impulsividade no comportamento, acabando por condicionar o seu sucesso.

Ao nível da comunicação, o G. apresenta-se menos verborreico e com um discurso mais organizado. É capaz de compreender com facilidade instruções simples e complexas. Ao nível da linguagem apresenta algumas dificuldades no que respeita à articulação.

O G. evita, ainda, tarefas de expressão gráfica bem como de escrita, pois afirma não gostar. Saliento que, neste caso o G. recusou experimentar uma posição de escrita diferente, que poderia verificar uma evolução na mesma, uma vez que este tem uma postura muito incorreta, mantendo-se quase deitado sobre o papel.

A relação com o G. é sempre muito divertida e afetuosa, mostra-se cada vez mais à vontade para exprimir os seus sentimentos. Tolerância com bastante facilidade, o toque do outro e no outro.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

Foi seguido o mesmo procedimento da primeira avaliação realizada. Desta forma, a avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975). Assim, a aplicação da BPM teve como objetivo compreender e recolher mais informação relativamente à expressão psicomotora do G..

Resultados da BPM: O G. apresenta uma postura maioritariamente hipotónica, com presença de algumas sincinésias bucais, especialmente em tarefas de maior controlo fino.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilíbrio, foi notória uma realização maioritariamente euprática. Foi observado um melhor controlo na tarefa de imobilidade, mantendo uma postura organizada, com reequilíbrios adequados. Sendo que nas tarefas que requeriam equilíbrio estático (i.e., apoio retilíneo, em pontas dos pés e em apoio

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



num pé) a dificuldade aumentou, mostrando-se menos confortável, dizendo: “Estes são mais difíceis” sic., existindo em todas elas grandes desequilíbrios.

Ao nível do equilíbrio dinâmico, no que respeita aos saltos, verifica-se uma melhoria no desempenho, sendo verificada uma maior segurança na realização dos movimentos. Excetuando, no salto ao pé coxinho do pé direito, onde o G. realiza um movimento pouco organizado e com desequilíbrios.

Ao nível da noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil euprático. Apresenta ainda alguma confusão entre os conceitos de ombro e cotovelo. Ainda não tem adquirida a noção de lateralidade reversível, onde é visível que já tem adquiridas algumas estratégias, embora pareça não saber como aplicá-las devidamente. Consequentemente está constantemente a mudar a sua resposta, sem mostrar segurança.

Posteriormente, na tarefa da autoimagem o G. ainda apresenta alguns desvios, não sendo capaz de acertar na ponta do nariz. No que respeita à imitação de gestos verificou-se uma dificuldade na realização das duas últimas figuras. Já no que respeita ao desenho do corpo, existiu um maior investimento por parte do G. embora esta não seja uma tarefa da sua preferência. Aqui, observamos uma maior diversidade cromática e presença de mais pormenores anatómicos como pescoço, tronco, orelhas e olhos mais elaborados.

No que respeita à estruturação espacial, apresenta igualmente um perfil euprático. Embora, por vezes, se verifique alguma desorganização, o G. parece conseguir reorganizar-se, mostrando alguma crítica. Assim, na organização espacial, inicialmente perdeu-se nos cálculos dos passos, mas depois reorganizou-se e terminou a tarefa com ligeiros desvios. No entanto, na tarefa de estruturação dinâmica verifica-se uma evolução positiva ao nível da organização e aquisição de estratégias, sendo capaz de realizar as estruturas mostrando apenas pequenas alterações ao nível da orientação.

Ao nível da praxia global, verifica-se um perfil euprático. Na coordenação óculo-manual, o G. ainda apresenta um lançamento imaturo, com a utilização das duas mãos com claras dificuldades de controlo visuomotor. Contrariamente, na coordenação óculo-podal verifica-se um aumento do controlo e da precisão, sendo inclusivamente realizado com mais calma. Existindo, por isso, ainda diferenças entre o controlo dos membros superiores e inferiores.

Ainda, ao nível da praxia global, o G. na tarefa da dissociação teve algumas dificuldades em imitar as sequências, no entanto, mostrou-se muito mais persistente, tendo realizado a tarefa até ao final. Finalmente na tarefa da agilidade, o G. foi capaz de realizar a sequência embora ainda mantenha um movimento pouco melódico.

Por último, ao nível da praxia fina, verifica-se uma realização disprática com claras dificuldades na coordenação dinâmica manual, sendo capaz de persistir autonomamente na tarefa. Também, no tamborilar se verificam bastantes sinais disfuncionais, aumentando a quantidade de sincinésias bucais e contralaterais observadas. Finalmente, ao nível da velocidade precisão ainda se mantém uma postura desadequada, sobre a mesa, comprometendo a velocidade a que a tarefa é realizada.



Conclusões e Interpretações

Em termos comportamentais, é importante salientar que o G. se apresenta muito mais tolerante e flexível, aceitando com maior facilidade as sugestões do outro. Embora permaneça muito ligado às suas áreas de interesse.

A partir do momento em que o G. foi tolerando a manutenção na sessão durante o tempo planeado, verificou-se uma evolução bastante positiva não só ao nível da manutenção da sua atenção como também na promoção da sua independência das figuras de referência. Uma das evoluções, no seu quotidiano, que se verificou extremamente importante para a promoção desta independência foi o facto de ter começado a dormir no seu quarto.

O G. aumentou a sua capacidade de expressão de sentimentos, partilhando diversos aspetos que o preocupavam de forma espontânea e, foi capaz de se tornar mais crítico na informação que partilhava e na forma como o fazia, desvinculando-se de uma necessidade excessiva de manipulação do adulto com conteúdos emocionais.

Na presente avaliação o G. apresenta um perfil maioritariamente euprático, onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico, existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas. No entanto é importante referir que, atualmente, o G. apresenta um perfil psicomotor bastante mais uniforme.

Assim, em termos psicomotores, as dificuldades ainda sentidas em se manter em equilíbrio estático, pelo G., podem indicar alguma insegurança gravitacional que, consequentemente, pode comprometer alguns dos processos de manutenção da atenção e de atenção seletiva.

A fraca localização tátil, verificada pela tarefa da autoimagem e a dificuldade na imitação de gestos, conjugado com o facto de a representação gráfica do corpo ainda verificar características que já não são esperadas para a idade, pode indicar alguma imaturidade. Estes aspetos, podem de alguma forma, interferir ao nível da coordenação e elaboração motora mais diferenciada. Surgindo, consequentemente, sinais de instabilidade e muitas situações de vivência da frustração, tanto na vida escolar como na social.

As dificuldades que surgem, ao nível da estruturação temporal parecem estar muito relacionados com a dificuldade, ainda presente, de manutenção da atenção na tarefa bem como na organização do próprio pensamento.

No que respeita à praxia global, atualmente, são verificadas dificuldades do planeamento visuomotor apenas ao nível dos membros superiores.

Relativamente à coordenação dinâmica manual, na tarefa do tamborilar e na de velocidade precisão foram verificados claros sinais de descoordenação e de dificuldade de controlo distal, que podem indicar problemas perceptivo visuais e propriocetivos. Aqui saliento a importância de uma intervenção que possa ter um especial enfoque na postura e pega na escrita, pois o G. não permitiu que estes aspetos fossem trabalhados e, parecem claramente influenciar o seu desempenho.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Por fim, é importante referir que apesar do G. não apresentar qualquer comprometimento ao nível da aprendizagem, pode beneficiar de uma turma mais reduzida e de um acompanhamento mais próximo no ambiente escolar, por um profissional especializado. Assim, poderá verificar não só diferenças positivas ao nível do seu desempenho escolar como também na sua integração com os pares.

Recomendações

Saliento a importância da manutenção do acompanhamento em psicomotricidade, de forma a que as áreas que foram trabalhadas possam verificar alguma consolidação. Existem áreas que requerem, ainda, algum cuidado como a capacidade de permanecer em equilíbrio estático, a autoimagem, a imitação de gestos, a representação gráfica do corpo, a coordenação óculo-manual, as competências associadas à motricidade fina e a disponibilidade para aceitar atividades fora dos interesses restritos.

Assim, é por mim, recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos. Bem como parece ser importante manter o acompanhamento em Terapia da fala.

Lisboa, julho 2018

Psicomotricista (Estagiária),
Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação inicial do T.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: T.

Data de nascimento: 30/8/2007

Idade: 10 anos e 5 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 5ºano

Enquadramento clínico da Avaliação

O T. foi referenciado para a consulta de pedopsiquiatria pelo médico de família, com a descrição do T. como uma criança sempre difícil, com recusa alimentar e em tomar banho, com enurese noturna (secundária), dorme com a mãe (regularmente), com sintomatologia ansiosa/depressiva e obsessiva que se manifesta sob agressão verbal dirigida aos pais.

O seguimento em pedopsiquiatria teve início noutra serviço e, por questões financeiras, os pais optaram pela mudança de médico, para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Foi seguido em Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, através da escola e, atualmente, mantém apenas o seguimento em Terapia da Fala a título particular.

Vive com os pais e dorme no próprio quarto, mas pede diversas vezes pela presença da mãe, não conseguindo dormir sem que esta esteja presente.

Este seguimento teve início em setembro de 2017, com o seguinte plano terapêutico: consultas terapêuticas familiares e psicofarmacologia. Verificou-se uma necessidade de criação de um espaço de expressão para o T.. Assim, o pedido de avaliação psicomotora foi realizado através do Pedopsiquiatra [redacted], com as seguintes indicações: ansiedade, baixo autoestima, insegurança e défice de atenção.

Observações do Comportamento

Em termos gerais o T. é uma criança muito interessada no adulto, mostra interesse em conhecer-me, entra com bastante facilidade na sessão não existindo ansiedade de separação. Tem pouca iniciativa, é inibido e está constantemente à espera de instruções, aceita facilmente as sugestões e realiza as atividades sem contestação, tudo o que lhe é dito imediatamente feito. Quando não se encontra a fazer uma tarefa específica permanece numa movimentação constante pela sala, i.e., deambular. Tem um contacto ansioso, por vezes evita o contacto ocular.

Está atento durante as instruções, embora necessite de se manter em movimento durante as mesmas. Nas atividades, permanece atento e empenhado mesmo quando não tem sucesso. Numa fase inicial, começava a atividade antes de se terminar a instrução, mas após feedback verbal, facilmente adequa o comportamento.

Quando lhe é dada alguma abertura para sugerir atividades, o T. apresenta sugestões adequadas, embora estas não sejam muito elaboradas, precisando de ser trabalhadas antes de

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



se executar. No que respeita à exploração do espaço, esta é realizada de forma muito contida, muitas das vezes apenas com o olhar, precisando por vezes de estímulos externos.

O T. apresenta um discurso organizado, adequado ao contexto e com o tom de voz adequado, no entanto é claramente notória uma alteração significativa na velocidade do discurso aquando a presença dos pais. Neste caso, o T. fala de uma forma tão rápida que, por vezes, torna-se impercetível.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

A avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975), do *Draw a Person Test* (DAP) (Naglieri, 1988) e, ainda, da *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS): escala "o que eu penso e sinto" (Reynolds e Richmond, 1985).

Assim, a aplicação da BPM teve como objetivo compreender e recolher mais informação relativamente à expressão psicomotora do T.. Esta aplicação não foi ao encontro do protocolo estabelecido por Fonseca (1975), tendo para isso existido uma seleção previa de algumas provas a realizar consoante o encaminhamento feito. Não existindo igualmente uma ordem definida para a realização das provas, uma vez que a vontade e disponibilidade da criança foi sempre respeitada ao longo da avaliação.

A aplicação do DAP prendeu-se com a necessidade de recolha de informação qualitativa subjacente ao desenho de três figuras humanas (i.e., um homem, uma mulher e o próprio) apurando igualmente o grau de investimento neste tipo de tarefas que requerem expressão gráfica. E, por fim, a aplicação do RCMAS vai ao encontro de uma avaliação dos níveis e procedências da ansiedade que é vivida pelo T..

Resultados da BPM: Através da observação foi possível perceber que o T. apresenta maioritariamente uma postura hipertónica, sendo por isso muito rígido e hipervigilante, apresentando sincinesias bucais evidentes e contralaterais difusas.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração, avaliada através de três parâmetros como a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, a realização encontrou-se entre um perfil dispráxico e eupráxico pois algumas áreas verificadas como de maior dificuldade foram compensadas com outras mais organizadas e adequadas. Especialmente nas tarefas de equilíbrio estático, o T. apresentou uma postura muito rígida com quedas abruptas, movimentos de compensação constantes e muitos movimentos faciais associados (sincinesias), não conseguindo permanecer nas posições pedidas mais do que 10 segundos.

Já no que respeita ao equilíbrio dinâmico, contrariamente ao que foi observado anteriormente, em termos gerais o T. parece conseguir organizar-se melhor e ter uma realização mais adequada das tarefas pedidas, o que parece indicar que quando é uma tarefa/atividade que imponha por si só mais movimento, torna-se mais fácil de realizar.



Ao nível da noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil eupráxico. Na tarefa do sentido cinestésico, apenas não foi possível para o T. identificar o dedo anelar e mindinho, o que parece indicar que não tem estes dois conceitos adquiridos, ainda nesta tarefa é importante salientar que foi observada uma necessidade acrescida de os movimentar, na tentativa de os identificar. Ainda, ao nível do reconhecimento da direita/esquerda o T. não tem adquirida a noção de lateralidade reversível. Finalmente, ao nível da imitação de gestos foi verificada muita dificuldade existindo uma grande distorção entre as imagens transmitidas e as realizadas pelo T..

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da estruturação espaço-temporal não foram verificadas alterações significativas, parecendo existir um funcionamento adequado nesta área. Tendo, por esta razão, um perfil eupráxico.

Relativamente à praxia global, verifica-se uma ligeira diferença positiva entre o planeamento e controlo motor dos movimentos de coordenação óculo-manual e os movimentos de coordenação óculo-pedal. Ainda, ao nível da agilidade foi verificada uma grande rigidez motora que não permitiu a continuidade da realização de movimentos coordenados entre os membros superiores e inferiores. Apesar das dificuldades observadas, é importante salientar que existem áreas com melhores níveis de realização que permitem obter uma cotação total correspondente a um perfil eupráxico.

Por último, ao nível da praxia fina o T. apresenta um perfil dispráxico. Na tarefa de coordenação dinâmica manual foi verificado um tempo de realização muito superior ao esperado, com claros sinais de descoordenação e de dificuldade de controlo distal. Ainda, foram verificadas dificuldades na precisão do movimento de tamborilar bem como algumas hesitações.

Resultados do DAP: A aplicação do DAP foi realizada no final da sessão, verificando uma grande adesão por parte do T.. Foi pedido o desenho de três figuras, onde foram aproveitados, em todos eles, o tempo máximo de 5 minutos. É de salientar que a figura do próprio foi o desenho com maior investimento e preocupação com pormenores, não conseguindo por isso terminar como idealizava o mesmo, por esta razão este é o único desenho que não apresenta diversidade cromática.

Não houve, por parte do T., associação das figuras masculina e feminina, respetivamente, ao pai e à mãe. Existindo em ambos bastante riqueza de pormenores e diversidade cromática. Enquanto que, a figura masculina foi associada a um desenho de alguém mais divertido e sorridente, a figura feminina foi relacionada com “uma professora de matemática zangada” sic., onde se observam claramente expressões hostis.

É ainda importante salientar que no desenho do próprio, foi verificado um desenho consideravelmente mais pequeno, em relação aos anteriores. Os resultados parecem indicar que os desenhos realizados pelo T. não apresentam desvios para o que pode ser esperado para a idade, sendo que ainda apresentam alguns sinais considerados imaturos para a idade.



Resultados da RCMAS: A aplicação da RCMAS foi realizada após o consentimento do T., que me pediu que fosse eu a ler as frases, mostrando alguma insegurança nas questões relacionadas com a leitura. À medida que eu ia fazendo a leitura das 37 frases o T. ia respondendo verbalmente e circundando a resposta no papel.

Perante as respostas dadas foram obtidos os seguintes resultados, na subescala da “*Physiological Anxiety*” foi verificado uma pontuação bruta de quatro em 10, na “*Worry/Oversensitivity*” teve a pontuação bruta de seis em 11, podendo indicar a existência de problemas de internalização. Posteriormente, na subescala “*Social Concerns/Concentration*” foi verificado o valor mais baixo, não tendo sido obtida qualquer pontuação num máximo possível de sete. Por fim, na subescala “*Lie*” foi obtido o valor bruto mais elevado, de oito em nove, o que poderá indicar que as respostas poderão não ser consideradas como verdadeiras, pois podem ser dadas para agradar ao adulto.

Posteriormente à aplicação da folha de respostas foi realizada uma recolha informal da origem de algumas das situações com as quais o T. se identificou, verificando-se a presença de uma ansiedade muito relacionada com os medos/fobias: de situações de doença dele ou de outros, de animais, da ocorrência de fenómenos/catástrofes ambientais que não controla; com o dormir devido à presença de pesadelos que se podem tornar reais; com os testes da escola; com o feedback dos pais principalmente no que respeita à escola; e, ainda, com a possibilidade de vivência de outra situação de *bullying*.

No decorrer da avaliação, são notórias algumas hesitações nas respostas, respondendo por vezes “depende” sic., tentando relativizar a situação justificando que, e.g., “toda a gente transpira das mãos” sic., neste caso associando a transpiração das mãos apenas à realização de exercício físico e não à presença de situações de stresse.

Conclusões e Interpretações

Na presente avaliação o T. apresenta um perfil que corresponde maioritariamente a uma realização euprática onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas.

A impulsividade presente, principalmente durante a aplicação da BPM, parece ser reforçada pelo estado ansioso do T. e embora seja mobilizável pode interferir com o de planeamento das ações.

As diferenças verificadas entre as provas de imobilidade, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico parecem indicar que o facto de serem tarefas que impliquem maior movimento tornam-se mais fáceis de executar embora exista de base uma insegurança gravitacional, encontrando-se por isso num quadro de uma criança instável.

No que respeita ao sentido cinestésico parece não existir segurança na memória cinestésica, necessitando de uma confirmação acrescida para que seja realizada a identificação tátil. Desta forma, a integração tátil poderá estar comprometida e que, por sua vez, poderá interferir com a coordenação e a elaboração motora mais especializada. Consequentemente, é

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



possível verificar-se alguma instabilidade e vivência de diversas situações de frustração tanto a nível social como escolar.

Ao nível da imitação de gestos o facto de se verificar uma grande distorção entre as imagens transmitidas e as realizadas pelo T. parece indicar um comprometimento ao nível das competências perceptivo visuais.

O padrão rígido na prova de agilidade veio confirmar a postura hipertónica e hipervigilante do T., não possibilitando a realização de movimentos coordenados. No que respeita à coordenação dinâmica manual foi verificado um tempo de realização muito superior ao esperado, com claros sinais de descoordenação e de dificuldade de controlo distal, que podem indicar problemas perceptivo visuais e proprioceptivos.

Através da aplicação do DAP é notória uma não identificação com as figuras parentais e a expressão de sinais de uma autoestima debilitada, considerando o desenho do próprio, bem como a presença de alguns sinais de imaturidade.

Finalmente, partindo da aplicação do RCMAS é possível perceber que as origens dos estados ansiosos do T. estão na sua maioria relacionadas com factos que não são passíveis de serem controlados pelo mesmo (e.g. doenças e catástrofes naturais) e com os pais e as suas expectativas.

Recomendações

De forma a que a Carolina possa usufruir de um apoio especializado nas áreas psicomotora e socio emocional com o objetivo de trabalhar as áreas a desenvolver inframencionadas, nomeadamente: tonicidade, equilíbrio estático, lateralidade reversível, imitação de gestos, agilidade, coordenação dinâmica manual, autorregulação, sentimento de competência, expressão verbal de sentimentos e emoções e controlo da impulsividade.

Assim, é por mim recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos.

Lisboa, fevereiro de 2018.

Psicomotricista (Estagiária),
Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Relatório de avaliação final do T.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Identificação

Nome: T.

Data de nascimento: 30/8/2007

Idade: 10 anos e 9 meses

Ano de escolaridade: a frequentar o 5ºano

Enquadramento clínico da Avaliação

O seguimento em pedopsiquiatria, com o [REDACTED] tem o seguinte plano terapêutico: consultas terapêuticas familiares, psicofarmacologia e Psicomotricidade. Mantém igualmente a título particular, o acompanhamento em Terapia da Fala.

Vive com os pais e dorme no próprio quarto, reduziu significativamente as vezes em que sentia necessidade da presença da mãe. Acentuando-se, apenas, a dificuldade em dormir sozinho quando o estado ansioso se encontra aumentado por fatores externos.

A avaliação foi realizada após um seguimento em Psicomotricidade durante um período aproximado de oito meses, com acompanhamento semanal, de forma a averiguar a existência de mudanças ou evoluções.

Observações do Comportamento

Numa fase inicial das sessões o T. apresenta-se calmo e mais contido, no entanto, à medida que se vai sentindo mais à vontade apresenta-se mais desinibido e agitado. Esta agitação manifesta-se através de uma movimentação constante na sala, especialmente quando partilha situações do dia-a-dia.

Todas as atividades que lhe são propostas são realizadas com grande empenho e motivação, tentando sempre dar o seu melhor. Por isso mesmo, o T. é uma criança que está sempre atento às instruções e persistente, sendo capaz de se esforçar autonomamente sem desistir. De igual forma, reage de forma adequada perante situações de frustração. Por vezes, tenta mudar as regras do jogo, mas adequa-se com pequenos feedbacks, sendo no geral uma criança muito respeitadora das regras.

Apresenta sugestões e iniciativas bastante adequadas ao contexto, sendo capaz de sugerir e planejar atividades de forma progressivamente mais organizada, espontânea e frequente. Atualmente é uma criança alegre na exploração, preferindo atividades que impliquem esforço físico, referindo “tenho muita energia!” sic. e jogos de regras. Explora todo o espaço, mas vai muito ao encontro do mesmo tipo de materiais, parecendo não ter muita confiança ainda para arriscar na escolha de algo que não domina.

Quando questionado sobre situações do quotidiano, maioritariamente apresenta situações relacionadas com a escola e ainda mostra algumas hesitações em expor situações relacionadas com os pais, especialmente quando houve acontecimentos menos positivos recentemente (e.g. crises de ansiedade).

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95



O T. apresenta recusa para que seja dado um feedback, no final das sessões, aos pais, principalmente quando revela em sessão situações que considera significativas. Por isso mesmo e para facilitar a possibilidade de partilha e de confiança, é sempre perguntado ao T. se é possível falar com os pais.

Globalmente apresenta sucesso nas tarefas de memória, tem facilidade em compreender, sem apoio, as instruções dadas. Tem um discurso organizado, adaptado ao contexto e mais espontâneo. Quando está mais nervoso, apresenta alguma dificuldade na manutenção do contacto ocular, evitando-o. O T., ainda, aceita o toque do outro ainda que não toque o outro espontaneamente.

Apresenta uma relação cooperante e afetuosa, mostrando maior confiança no outro e partilhando cada vez mais os seus sentimentos. Contrariamente, parece ainda ter alguma dificuldade na exposição das suas opiniões, podendo transparecer uma personalidade mais influenciável.

Avaliação

Instrumentos de Avaliação e Condições de Aplicação

Foram aplicados os mesmos testes utilizados na primeira avaliação. Desta forma, a avaliação contou com a aplicação da Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 1975), do *Draw a Person Test* (DAP) (Naglieri, 1988) e, ainda, da *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS): escala "o que eu penso e sinto" (Reynolds e Richmond, 1985).

Resultados da BPM: Através da observação foi possível perceber que o T. mantém uma postura, maioritariamente, hipertónica, sendo que apresenta uma diminuição ao nível da presença de sincinesias bucais evidentes e contralaterais.

Na aplicação das provas relacionadas com o fator da equilibração a realização caracteriza-se por um perfil eupráxico. Atualmente o T. é capaz de permanecer 60 segundos na posição de imobilidade, apresentando um adequado controlo. No entanto, nas tarefas de equilíbrio estático, apresenta maiores dificuldade ao nível do controlo postural nomeadamente nas tarefas de equilíbrio em pontas dos pés e em apoio num pé onde ainda apresenta quedas abruptas, com alguns movimentos faciais associados, não conseguindo permanecer nas posições pedidas mais do que 10 segundos.

Já no que respeita ao equilíbrio dinâmico, contrariamente ao desempenho no equilíbrio estático, o T. apresenta um desempenho mais homogéneo e controlado. Mantendo-se, desta forma, a tendência de uma melhor prestação ao nível de atividades que impliquem maior movimento. Saliento ainda que, aqui se verificou na evolução no banco para trás, ainda, alguma insegurança que provocou alguns desequilíbrios e, além disso, no salto ao pé coxinho esquerdo o T. realiza movimentos excessivos que não facilitam o movimento, provocando-o pouco funcional.

Ao nível da noção do corpo, foi verificado maioritariamente um perfil eupráxico. Na tarefa do sentido cinestésico, verificaram-se algumas hesitações na resposta que aparentam



ser um tempo utilizado para recordar os termos que quer recuperar e, ainda, uma confusão entre os conceitos de ombro e joelho, confundindo-os.

Ainda, ao nível do reconhecimento da direita/esquerda o T. atualmente é capaz de identificar corretamente as noções de lateralidade reversível, embora tal como na tarefa anterior necessite de um tempo antes de dar a resposta. Finalmente, ao nível da imitação de gestos foi verificada uma melhoria, existindo um esforço por parte do T. para a realização das figuras o mais parecido possível com o real, no entanto, a terceira figura apresentou algumas distorções e a quarta figura tornou-se impercetível, não conseguindo imitá-la.

No que respeita à orientação espacial, o T. tem um perfil que oscila entre o hiperpráxico e o eupráxico, revelando assim uma adequada capacidade de organização espacial e de estruturação dinâmica, apresentando apenas pequenos erros de orientação que facilmente identifica.

Relativamente à praxia global, observamos um perfil eupráxico com uma coordenação óculo-manual e óculo-pedal mais equilibrada e controlada, onde o T. se apresenta mais calmo e com melhor planeamento. Ao nível da dissociação, foi observado um adequado controlo e planeamento do movimento, verificando-se ligeiros erros nas sequências que não parecem ser significativos. Ainda, ao nível da agilidade foi observado um movimento mais melódico, coordenado e controlado e, desta forma, o T. foi capaz de manter o movimento durante duas repetições.

Por último, ao nível da praxia fina o T. apresenta um perfil eupráxico, verificando uma melhoria ao nível da capacidade de velocidade-precisão e do tamborilar, onde forma observados movimentos mais controlados e com um bom planeamento, no entanto ainda são visíveis algumas hesitações no movimento do tamborilar. Já no que respeita à coordenação dinâmica manual, o T. encontrou diferentes estratégias de forma a superar algumas das dificuldades que sente.

Resultados do DAP: A aplicação do DAP verificou, tal como na primeira avaliação, uma grande adesão por parte do T.. Foi pedido o desenho de três figuras, onde o T. mostrou uma boa capacidade de gestão do tempo, uma vez que terminou as tarefas sempre com uma margem relativamente aos 5 minutos.

É de salientar que a figura do homem tinha intenção de representar alguém que tinha acabado de entrar na faculdade, parecendo uma projeção daquilo que desejaria no futuro. Não houve, por parte do T., associação das figuras masculina e feminina, respetivamente, ao pai e à mãe. Neste caso, a mulher, mais uma vez representava alguém “uma senhora qualquer...” sic. numa situação pouco agradável, neste caso em particular a gritar assustada por estar a ser assaltada.

É ainda importante salientar que no desenho do próprio, foi verificado um desenho ligeiramente mais pequeno, em relação aos anteriores. No entanto, o T. optou por salientar aspetos positivos que identifica consigo, mostrando-se como campeão (através da taça) de um jogo que gosta.



Nesta avaliação, verificou-se a opção do T. em não investir ao nível da diversidade cromática, parecendo valorizar outros pormenores que caracterizassem as figuras que desenhou.

Os resultados parecem indicar que os desenhos realizados pelo T. vão ao encontro do que poderia ser esperado para a idade, sendo que ainda apresenta, ainda, alguns sinais considerados imaturos para a idade.

Resultados da RCMAS: A aplicação da RCMAS foi realizada após o consentimento do T., à semelhança do que se verificou na avaliação inicial o T. pediu que fosse eu a ler as frases, mantendo o sentimento de insegurança ao nível da leitura. À medida que eu ia fazendo a leitura das 37 frases o T. ia respondendo verbalmente e circundando a resposta no papel.

Perante as respostas dadas foi obtida, na subescala da *“Physiological Anxiety”*, uma pontuação bruta de dois em 10 e na *“Worry/Oversensitivity”* teve a pontuação bruta de um em 11. Posteriormente, na subescala *“Social Concerns/Concentration”* foi verificado o valor de um num máximo possível de sete. Por fim, na subescala *“Lie”* foi obtido o valor bruto mais elevado, de sete em nove, o que poderá indicar que as respostas poderão não ser consideradas como verdadeiras, pois podem ser dadas para agradar ao adulto.

Especialmente, neste dia, o T. apresentava-se algo ansioso e agitado não tendo capacidade para verbalizar as suas preocupações o que se refletiu na capacidade crítica para responder às situações propostas. Verificando-se igualmente a presença de hesitações nas respostas, respondendo por vezes “depende” sic., tentando justificar pelo facto de que nem sempre se sente assim (i.e., consoante a situação exposta).

Conclusões e Interpretações

Na presente avaliação o T. apresenta um perfil que corresponde maioritariamente a uma realização euprática onde as dificuldades de aprendizagem podem não ser tão evidentes embora, tal como é verificado neste caso em específico existem áreas mais deficitárias cuja cotação acaba por ser compensada por áreas mais desenvolvidas. No entanto, comparativamente à primeira avaliação realizada verificou-se um perfil psicomotor mais equilibrado.

Embora mantenha uma postura hipertónica, o T. já aceita com maior facilidade atividades de relaxação que permitam uma modelação tónica. No entanto, estas atividades encontram-se diversas vezes comprometidas pelo estado emocional do T., que quando está mais alterado opta por não as realizar. Apresenta por isso, em parte, alguma crítica pois percebe que não será esta a melhor forma de se autorregular naquele momento.

As diferenças verificadas entre as provas de equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico, que permanece no perfil do T., parecem indicar que o facto de serem tarefas que impliquem maior movimento tornam-se mais fáceis de executar embora exista de base uma insegurança gravitacional, encontrando-se por isso, ainda, num quadro de uma criança instável.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Ao nível da imitação de gestos, o facto de se verificar uma, ainda, algumas distorções entre as imagens transmitidas e as realizadas pelo T., parece indicar um comprometimento ao nível das competências percetivo visuais.

O padrão relacionado com a competência de coordenação dinâmica manual, embora tenha verificado melhorias, parece ainda manter dificuldade de descoordenação e de controlo distal, que podem confirmar a presença problemas percetivo visuais e proprioceptivos.

Através da aplicação do DAP, é notória a manutenção de uma não identificação com as figuras parentais, embora, por outro lado, seja visível um maior investimento, valorização e projeção na figura do próprio. Podendo, desta forma, verificar um sinal de maior confiança, criação de identidade e valorização de si.

Finalmente, partindo da aplicação do RCMAS é importante salientar que o facto do T. ter experienciado, muito próximo à aplicação da escala, uma crise de ansiedade e verificando-se especialmente agitado nesta avaliação pode ter comprometido os resultados obtidos. Uma vez que, não sendo o estado emocional do T. o mais estável, este poderá ter encontrado como defesa o facto de responder às situações consoante o que lhe parece melhor, não apresentando qualquer crítica.

Recomendações

Saliento a importância da manutenção do acompanhamento em psicomotricidade, de forma a que as áreas que foram trabalhadas possam verificar alguma consolidação. Existem áreas que requerem, ainda, algum cuidado como tonicidade, equilíbrio estático, imitação de gestos, coordenação dinâmica manual, autorregulação, sentimento de competência, expressão verbal de sentimentos e emoções e capacidade de insight.

Assim é, por mim, recomendado que seja feito um acompanhamento semanal em Psicomotricidade com uma duração máxima por sessão de 50 minutos. Parece ser, de igual forma, pertinente a inserção numa turma com um número reduzido de alunos e o acompanhamento diferenciado no contexto de sala de aula, de forma a conseguir acompanhar a matéria lecionada tal como os colegas.

Ainda, saliento que é importante a manutenção do acompanhamento em Terapia da Fala. Devido às restrições ao nível alimentar que aparentam permanecer, provocando um impacto significativo no seu quotidiano, seria importante uma avaliação do perfil sensorial, por um Terapeuta Ocupacional.

Adicionalmente, recomendo que os pais tenham a possibilidade de uma intervenção conjunta que permita um aconselhamento profissional de competências e estratégias parentais de forma a adquirirem conhecimentos que facilitem o desenvolvimento do T..

Lisboa, julho de 2018.

Psicomotricista (Estagiária),
Constança Varela.

Hospital de São Francisco Xavier - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89

Hospital de Egas Moniz - Rua da Junqueira, 126, 1349-019 Lisboa - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 24 30

Hospital de Santa Cruz - Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide - Telef.: 21 043 10 00 – Fax: 21 418 80 95

Anexo R

Resultados da Avaliação Inicial VMI – Estudo de Caso L.

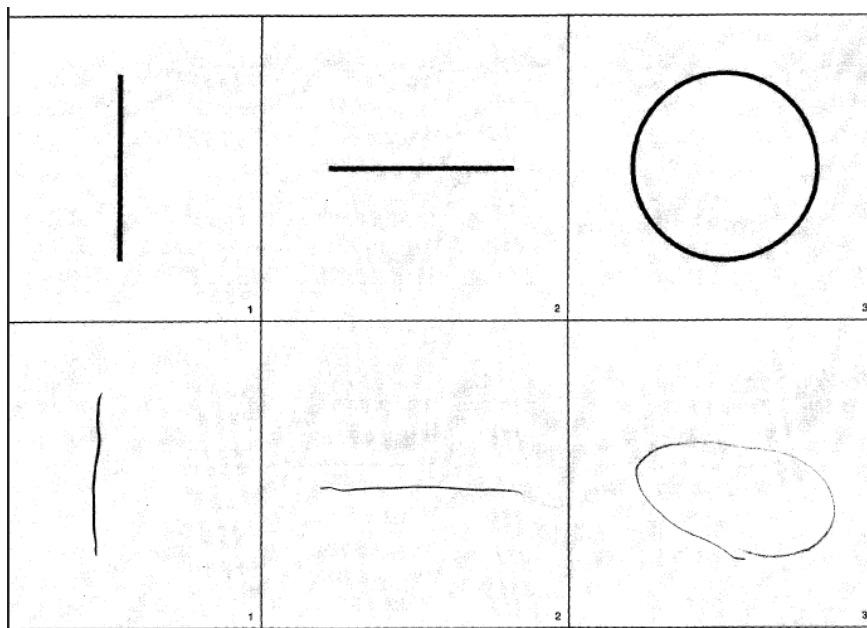


Figura R 1: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 1, 2 e 3.

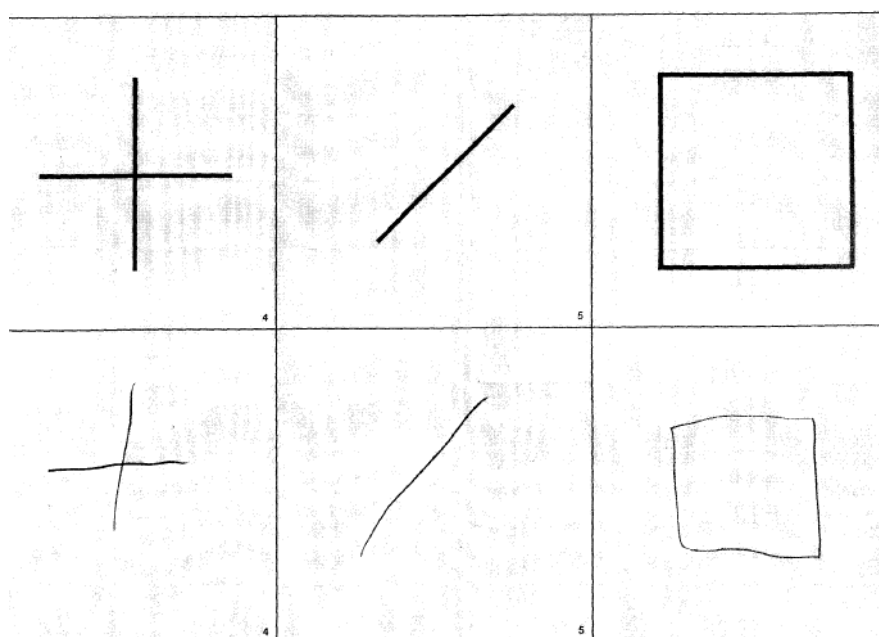


Figura R 2: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 4, 5 e 6.

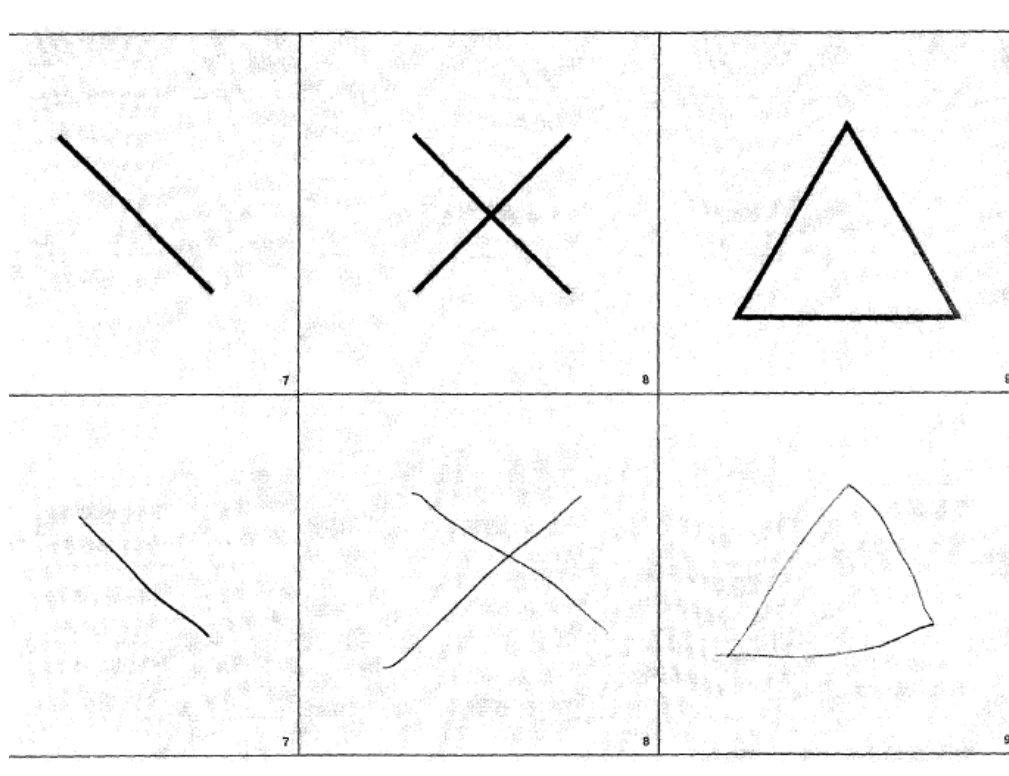


Figura R 3: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 7, 8 e 9.

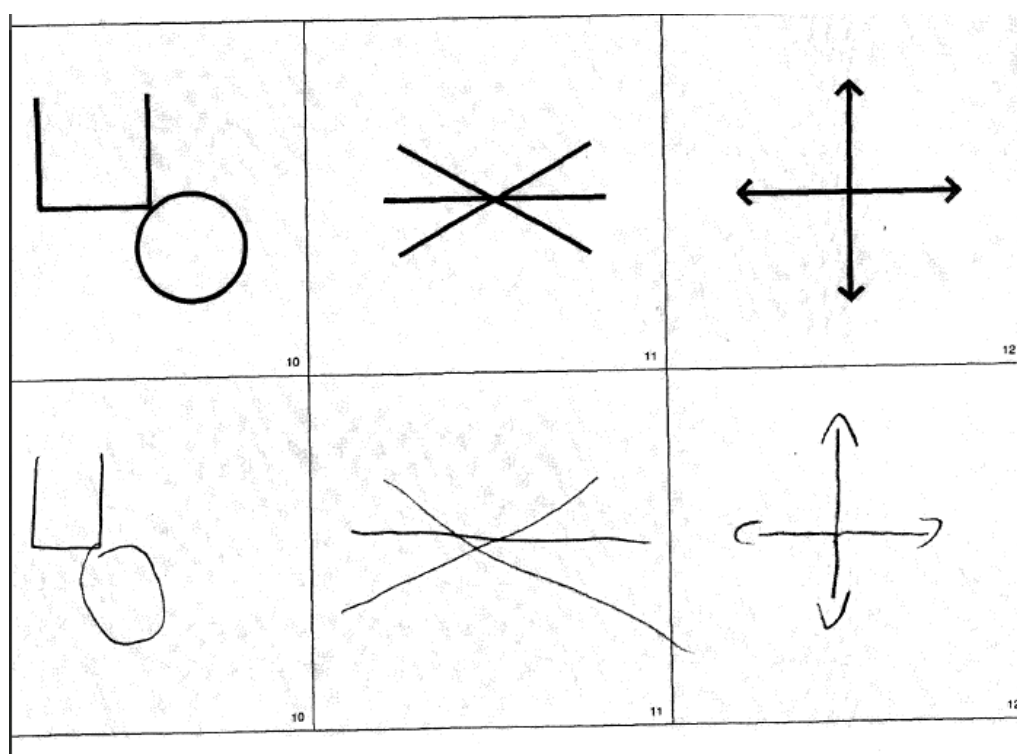


Figura R 4: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 10, 11 e 12.

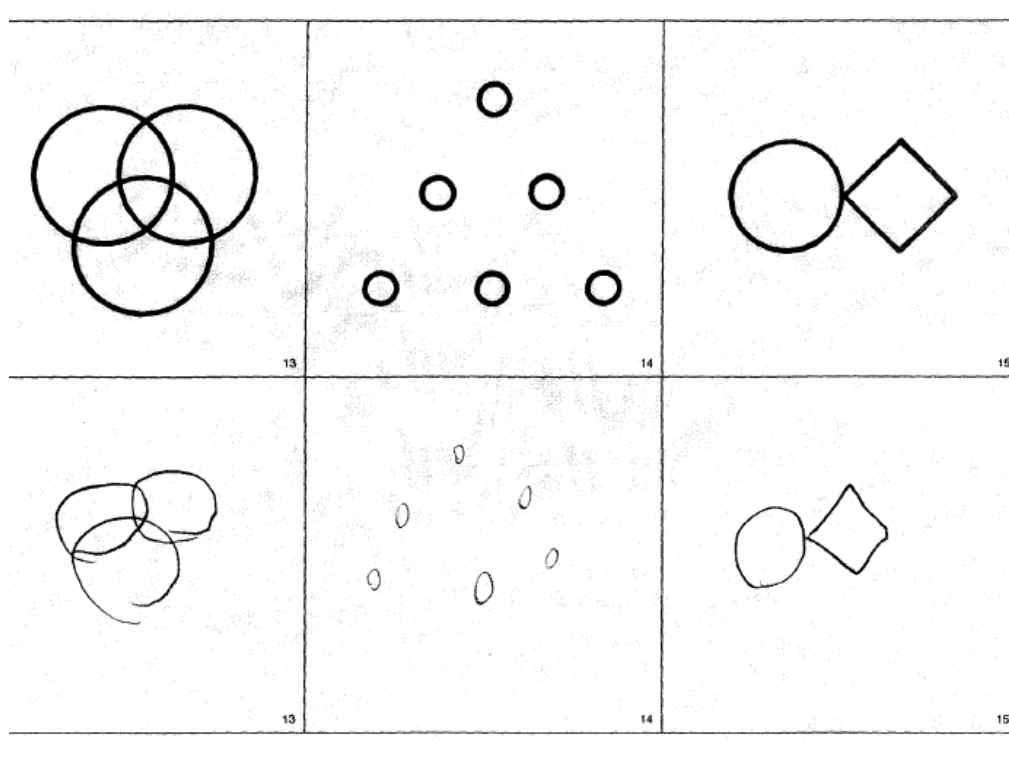


Figura R 5: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 13, 14 e 15.

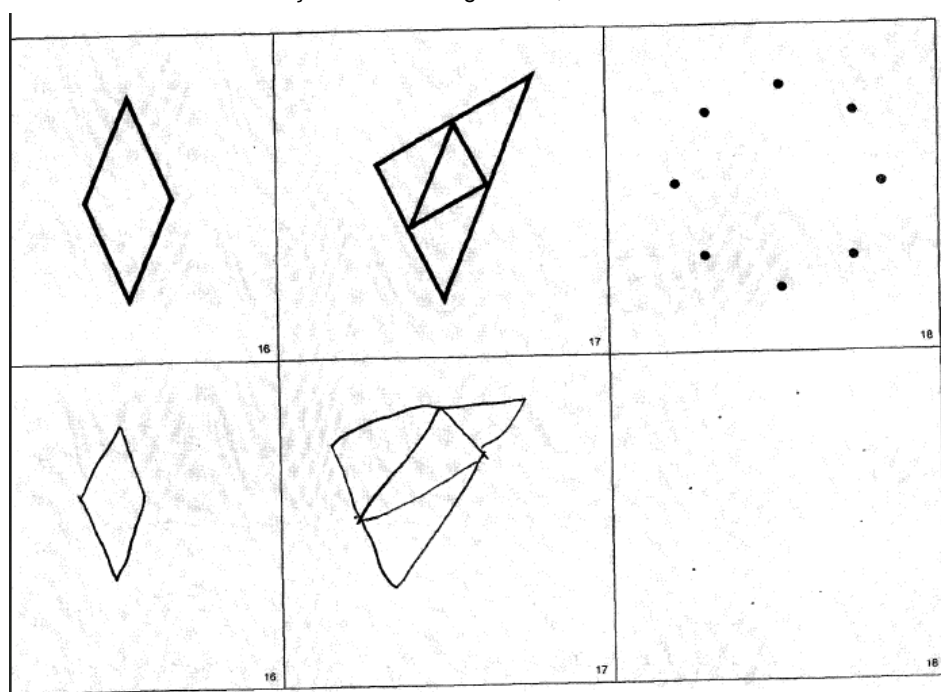


Figura R 6: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 16, 17 e 18.

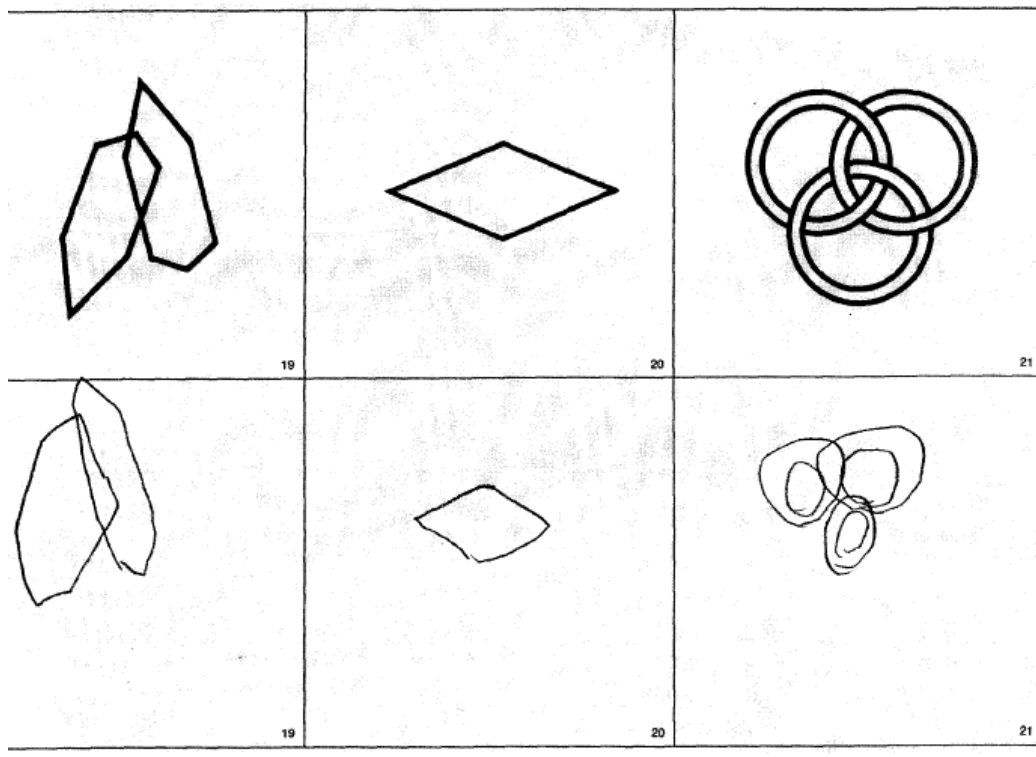


Figura R 7: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 19, 20 e 21.

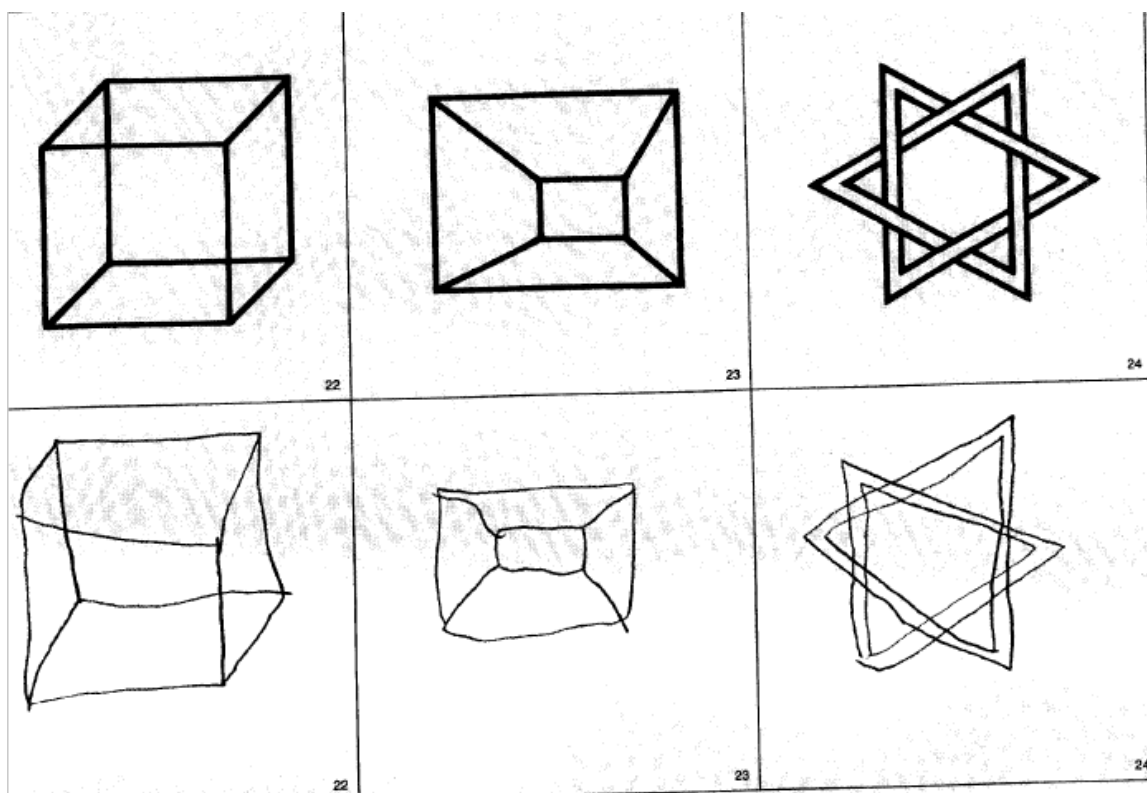


Figura R 8: Resultados VMI - avaliação inicial das figuras 22, 23 e 24.

Resultados da Avaliação Final VMI – Estudo de Caso L.

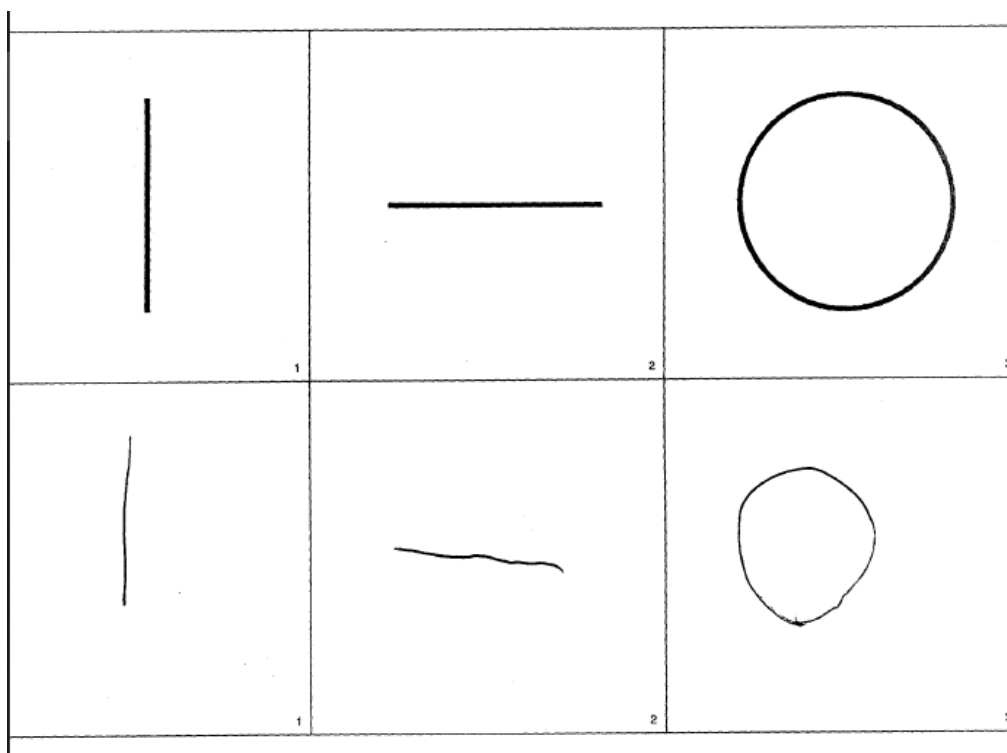


Figura R 9: : Resultados VMI - avaliação final das figuras 1, 2 e 3.

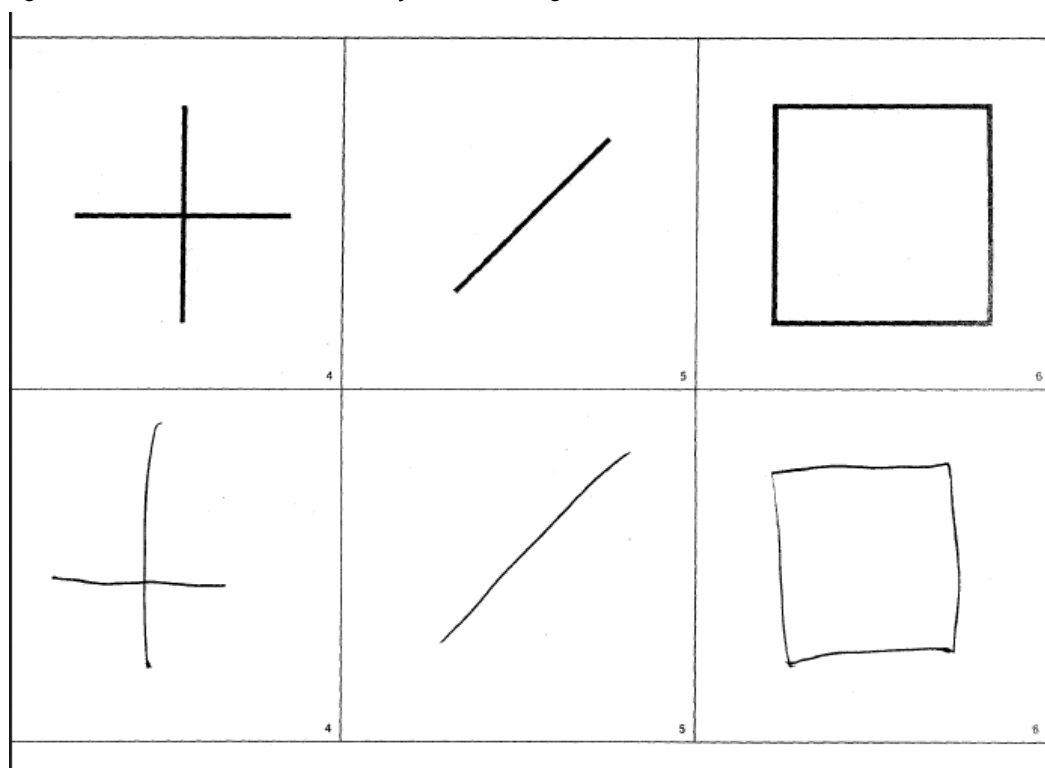


Figura R 10: Resultados VMI - avaliação final das figuras 4, 5 e 6.

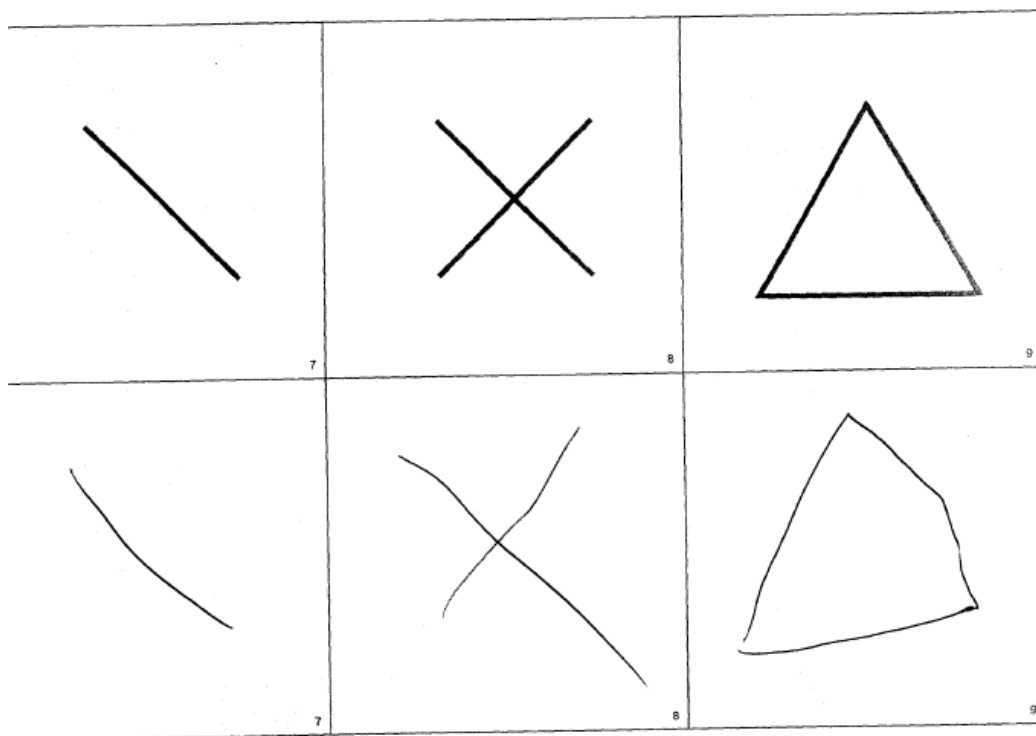


Figura R 11: Resultados VMI - avaliação final das figuras 7, 8 e 9.

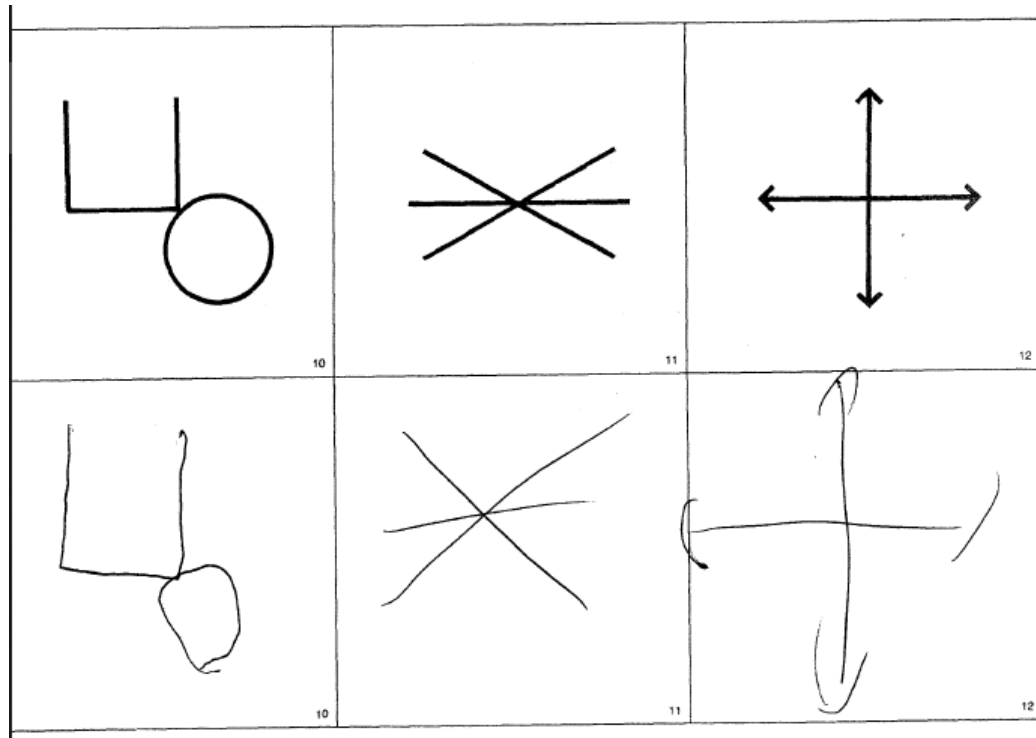


Figura R 12: Resultados VMI - avaliação final das figuras 10, 11 e 12.

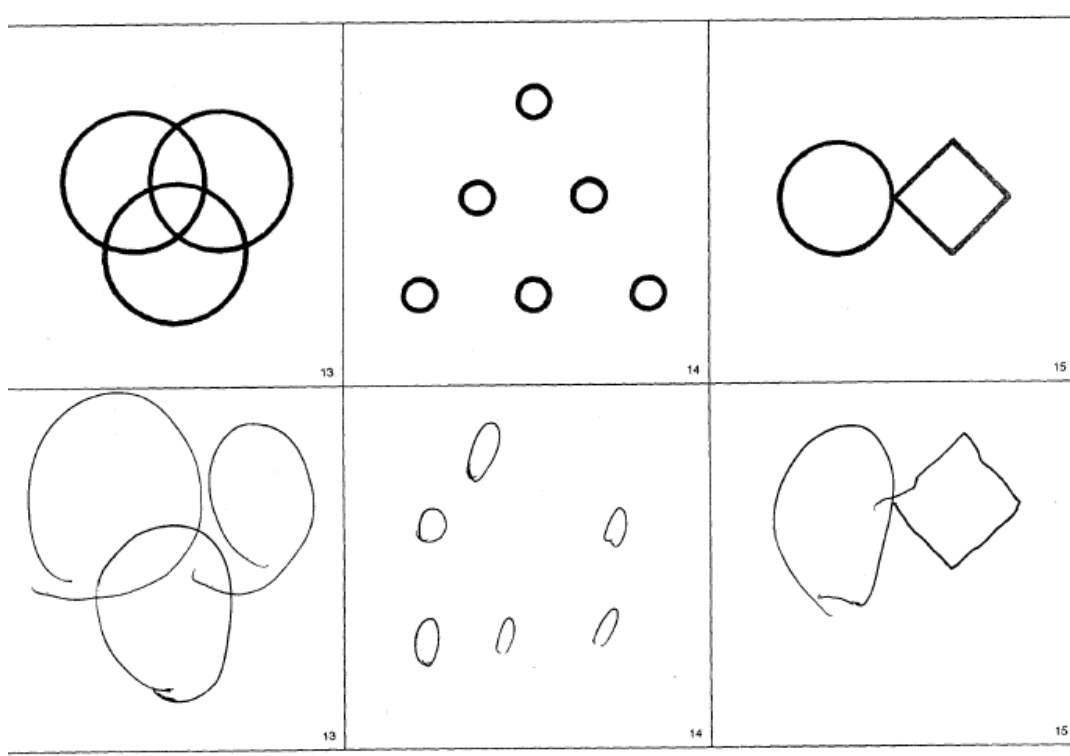


Figura R 13: Resultados VMI - avaliação final das figuras 13, 14 e 15.

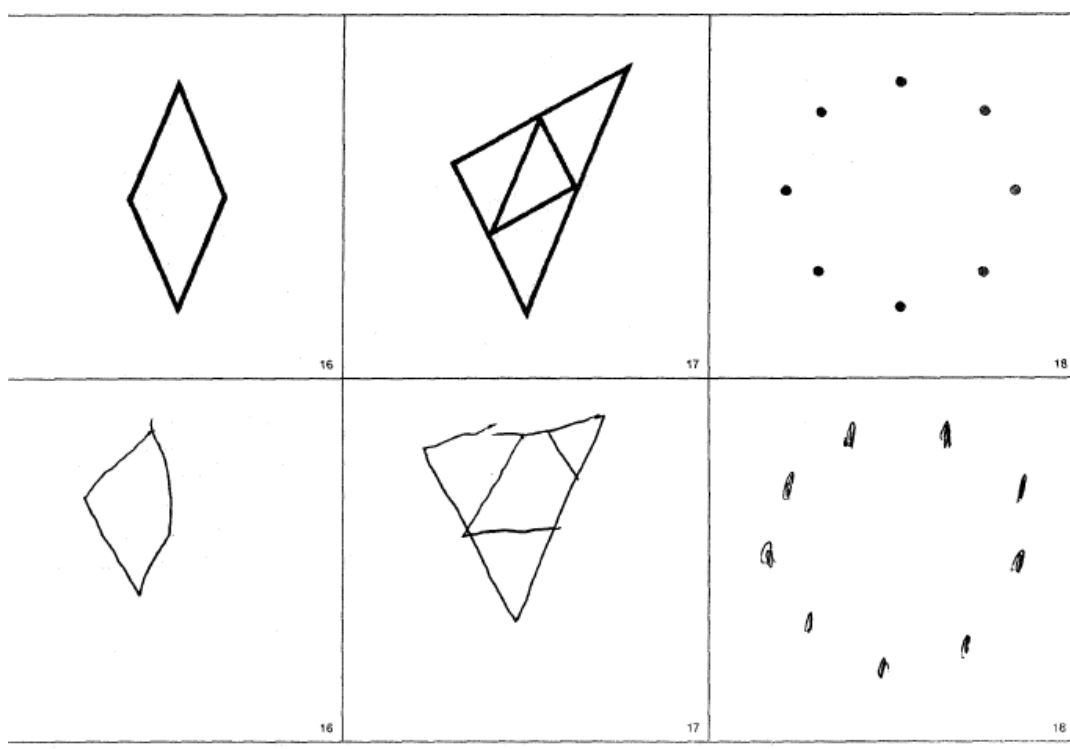


Figura R 14: Resultados VMI - avaliação final das figuras 16, 17 e 18.

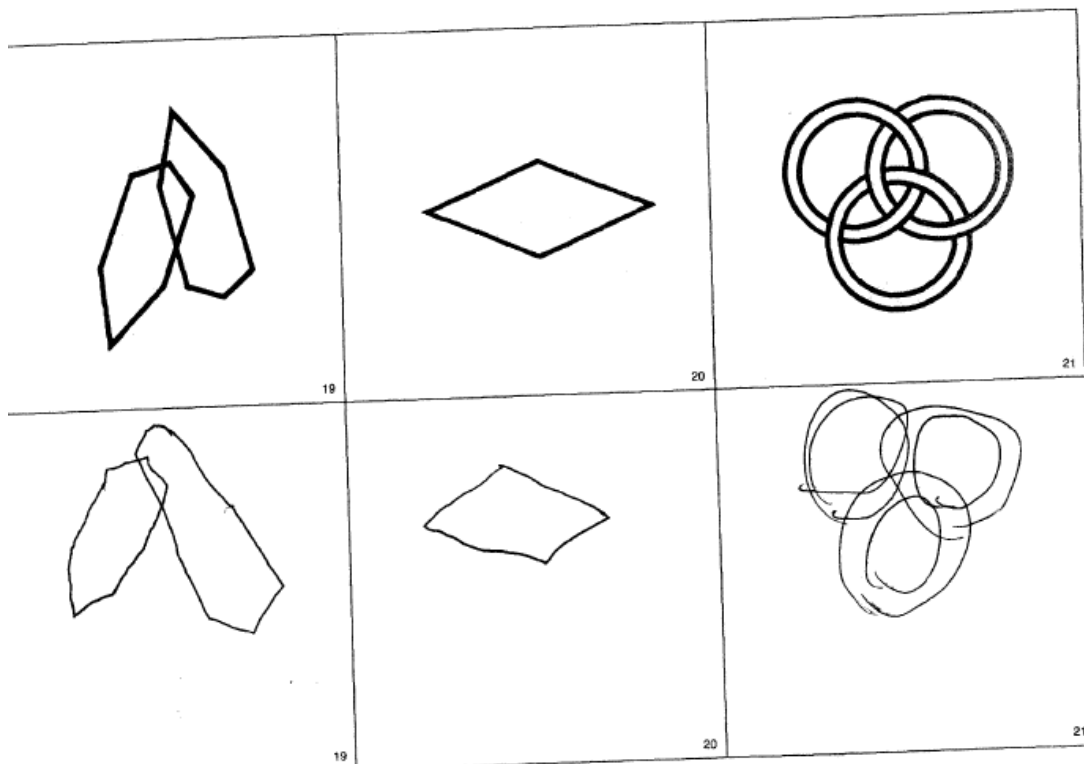


Figura R 15: Resultados VMI - avaliação final das figuras 19, 20 e 21.

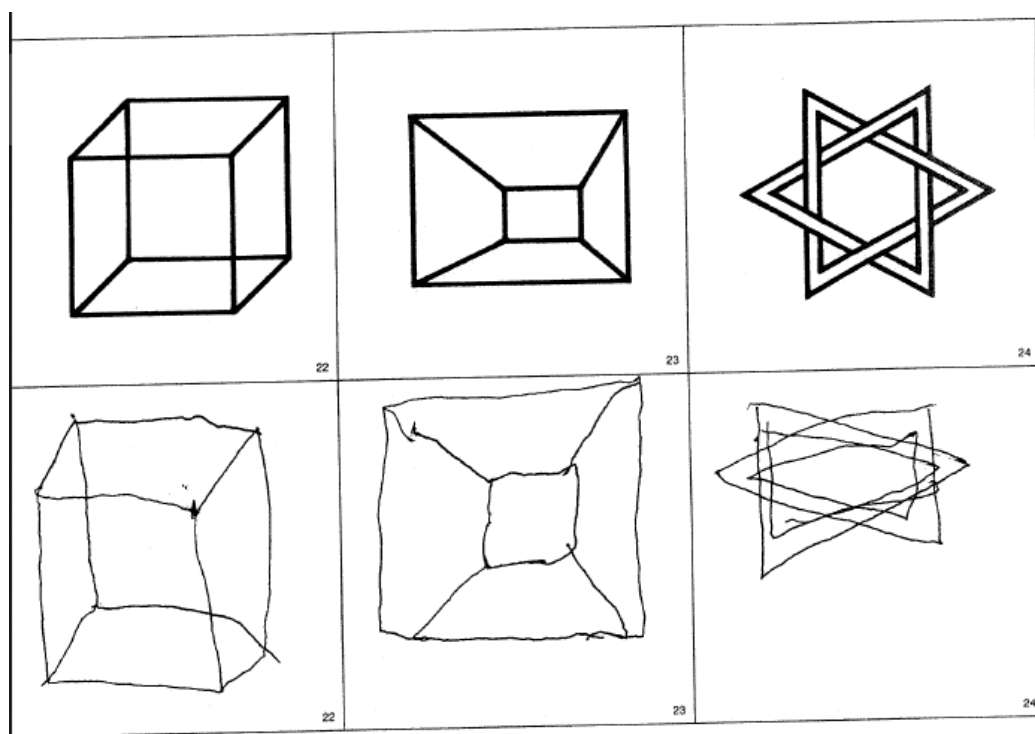


Figura R 16: Resultados VMI - avaliação final das figuras 22, 23 e 24.

Anexo S

Domínio Psicomotor		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivo alcançado
Promover a noção do corpo	Melhorar a capacidade de expressão gráfica do corpo e o seu investimento	✓
Promover a competência de organização no espaço e tempo	Aumentar a capacidade de ajustamento da passada para realizar o número de passos desejados	✓
	Promover a capacidade de relatar, por ordem, acontecimentos da sessão anterior	x
Promover movimentos de agilidade coordenados	Isolar movimentos sequenciais	✓
	Realizar movimentos de acordo com sons produzidos, coordenando movimento ao estímulo sonoro	✓
	Coordenar, progressivamente, MS e MI	x
Aumentar a coordenação dinâmica manual	Colocar peças numa plataforma instável, sem que estas caiam	✓
	Diminuir, progressivamente, o tamanho das contas para enfiamentos	✓
	Diminuir o tempo de realização total da prova de coordenação dinâmica manual	✓
Melhorar o controlo e precisão da escrita	Desenhar letras isoladas diminuindo progressivamente o seu tamanho	✓
	Escrever palavras de forma controlada e adequada numa folha pautada, respeitando a linha	x
	Aumentar a legibilidade da letra escrita, numa pequena composição (história do DRPE)	x
Melhorar a capacidade de integração visuo-motora	Aumentar a precisão do traço desenhado, i.e., menos tremores, linhas mais retas e ângulos mais definidos	✓
	Realizar círculos no sentido contrário ao ponteiro dos relógios, bem como, começar e terminar o desenho no mesmo ponto	x

Tabela S 1: Avaliação dos objetivos gerais e específicos do domínio psicomotor.

Domínio Sócio emocional		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivo alcançado
Promover sentimento de competência (autoestima)	Melhorar os limites de ação sem comparação direta com o outro	x
	Aumentar a verbalização de frases positivas sobre si	✓
Promover a capacidade de lidar com a frustração	Desenvolver estratégias quando é vivenciada uma situação frustrante	✓
	Reconhecer que precisa de ajuda e fazer o pedido	x
	Aumentar a capacidade de identificar a dificuldade	✓
Desenvolver a capacidade de expressão de	Aumentar a associação verbal de emoções às situações descritas ou vividas em sessão	✓

sentimentos e emoções	Aumentar a capacidade de expressão emocional de experiências vividas, de diversas formas	x
	Melhorar a capacidade de imitação e reprodução das expressões do outro	x

Tabela S 2: Avaliação dos objetivos gerais e específicos do domínio Sócio emocional.

Domínio Cognitivo		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivo alcançado
Desenvolver uma maior flexibilidade cognitiva	Melhorar a capacidade de exploração do meio	✓
	Aumentar a capacidade de expressão verbal de situações positivas	✓
Promover o controlo da impulsividade	Aumentar, progressivamente, os tempos de espera	✓
	Planear as tarefas/atividades antes de as realizar	✓
Desenvolver a capacidade de memória a médio prazo	Melhorar a capacidade de relembrar a sessão anterior	✓

Tabela S 3: Avaliação dos objetivos gerais e específicos do domínio cognitivo.